FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899 No

THÈSE

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 janvier 1899, à 1 heure

Par

Mlle Catherine GRÉGORIÈWNA-LASCORONSKY

NÉE A ROMNY (GOUVERNEMENT DE POLTAWA, RUSSIE)

Contribution à l'Etude

DE

L'ECTHYMA TÉRÉBRANT INFANTILE

Président : M. A. FOURNIER, *Professeur*
Juges : MM. JOFFROY, *Professeur*
GAUCHER, *Agrégé*
GILLES DE LA TOURETTE, *Agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE D'OUVRIERS SOURDS-MUETS
21, Rue de la Tombe-Issoire, 21
1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ECTHYMA TÉRÉBRANT INFANTILE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	MARFAN.	TEISSIER.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MARIE.	THIERY.
ANDRE.	GILBERT.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NÉLATON.	VAQUEZ.
BROCA.	HARTMANN.	NETTER.	VARNIER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	POIRIER.	WALLICH.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	RETTERER.	WALTHER.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	RICARD.	WIDAL.
DESGREZ.	LEJARS.	ROGER.	WURTZ.
DUPRÉ.	LEPAGE.	SEBILEAU.	

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899 N°

THÈSE

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 janvier 1899, à 1 heure

Par

Mlle Catherine GRÉGORIÈWNA-LASCORONSKY

Née a Romny (Gouvernement de Poltawa, Russie)

Contribution à l'Etude

DE

L'ECTHYMA TÉRÉBRANT INFANTILE

Président : M. A. Fournier, *Professeur*
Juges : MM. Joffroy, *Professeur*
Gaucher, *Agrégé*
Gilles de la Tourette, *Agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE D'OUVRIERS SOURDS-MUETS
21, Rue de la Tombe-Issoire, 21
1899

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Docteur ALFRED FOURNIER

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

A mon frère Bazile

Faible gage de vive reconnaissance.

PRÉFACE

Revenant dans notre pays, nous quittons la France avec un souvenir affectueux. Nous sommes heureuse d'exprimer toute notre reconnaissance à nos Maîtres. Comme nous avons commencé déjà l'étude de la science médicale en Russie, c'est aux maîtres russes que doit être adressé notre premier remerciement, c'est à eux que nous devons nos premiers pas dans la vie médicale et ce sont eux qui nous ont inspiré l'amour de cette science si noble. Que nos respectueusement affectionnés maîtres et compatriotes, le regretté Docteur J. Bertenson, Directeur de notre Ecole de femmes-aides-médecins, MM. les Professeurs de l'Académie militaire de Médecine de Saint-Pétersbourg : Bellarminoff, Lebedeff, Tarchanoff, Weliaminoff; MM. les Professeurs Leshaft, Tolotchinoff; MM. Docteurs Walter, L. Bertenson, Bourtzew, Baikoff, Tchernichew, Martinoff, Pawlow, Lipski, Jacoubowitch, etc. — reçoivent ici l'hommage public de notre profonde gratitude.

Je dois remercier tout particulièrement M. le Professeur A. Fournier, sous l'inspiration de qui nous avons fait notre travail inaugural, dont il a bien voulu accepter la présidence.

Au commencement de nos études médicales, nous, novice, étrangère, sans connaissance suffisante de la langue française, à chaque pas en lutte avec les préjugés, que rencontre toute femme, qui a choisi la carrière médicale, nous avons trouvé chez M. le Professeur Fournier, un accueil particulièrement bienveillant; nous avons pu admirer sa sympathie et sa bonté sans bornes pour tous ceux qui souffrent, en même temps que nous tirions grand profit de son enseignement si pratique et pourtant si clair, que les difficultés semblent ne plus exister.

Dans le service du si regretté Docteur Hanot nous avons passé une année inoubliable de stage et nous garderons toujours le précieux souvenir de ses leçons si instructives, en même temps que de son talent et de sa générosité pour les malades.

Que nos maîtres des hôpitaux, M. le Professeur Tillaux et M. le Docteur P. Reclus, veuillent bien agréer tous nos remerciements pour les connaissances acquises dans la fréquentation de leurs cours et de leurs services, où la pratique de la chirurgie est si brillamment enseignée.

Nous voulons exprimer nos sentiments reconnaissants à MM. les Docteurs Barthelemy et P. Gastou, qui nous ont communiqué des observations inédites et nous ont donné des conseils dans l'élaboration de notre thèse, avec une bienveillance et grâce extrêmes.

Que MM. les Docteurs Ehlers (de Copenhague), Tribou-let et Jacquet, qui ont bien voulu nous communiquer leurs observations, reçoivent aussi nos sincères remerciements.

Enfin, il m'est impossible de ne pas acquitter ici ma dette d'affection et de reconnaissance pour Mme Catherine Skarginskaya, qui n'a jamais manqué de m'encourager dans les tristes instants de la vie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ECTHYMA TÉRÉBRANT INFANTILE

Historique. — Définition. — Synonymie.

L'étude de l'ecthyma date seulement du commencement de notre siècle; une grande obscurité régnait avant dans la description des affections cutanées : c'est Willan et son continuateur Bateman, qui en ont fait un genre dermatologique distinct et en ont précisé l'expression; dans la nomenclature de Willan (de 8 classes) l'ecthyma est placé dans la 5e classe sous le nom de *phlyzacium*. C'est une éruption à type pustuleux; les dénominations *Achor* et *psidracium* indiquaient une lésion analogue à l'impétigo.

Bateman a distingué quatre genres d'ecthyma : ecthyma vulgaire (aigu), ecthyma infantile (à poussées successives), ecthyma luridum s. livide (ecthyma critique ou syphilitique) et ecthyma cachecticum (essentiellement chronique). Nous ne pouvons suivre en détails l'histoire de l'ecthyma en général, disons seulement qu'un grand nombre d'auteurs français et étrangers : Cazenave (1843), Todd (1845), Chaussit (1852), Thompson (1836), Devergie (1863), Gibert (1860), Hardy (1868), Tilbury Fox (1873), etc., admettaient la division de Willan et de Bateman, seulement chacun formulait sa propre classification des dermatoses. On regardait, en général, l'ecthyma comme une éruption non contagieuse, purement inflammatoire.

Alibert (1806) l'a nommé *Psoride croûteuse* et le place dans les eczémas.

Biett suivit la méthode de Willan; il place l'ecthyma dans sa 4e classe (pustules). Bazin a décrit l'évolution de la pustule ecthymateuse, mais la meilleure description est due à Rayer.

Il faut remarquer, que l'école allemande, avec Neuman et Hebra, nient l'individualité du genre d'ecthyma, qu'ils confondent avec l'impétigo et regardent comme une inflammation suppurative de la peau, un résultat morbide secondaire. Kaposi admet l'ecthyma scabieux, pédiculaire. etc., mais ne pense pas que l'ecthyma soit une affection à part.

Aujourd'hui l'ecthyma est reconnu comme une affection *sui generis*, idiopathique, nettement contagieuse, inoculable et autoinoculable (Vidal), se caractérisant par des pustules inflammatoires, avec une croûte brune noirâtre fort adhérente au centre et un cercle erythémateux périphérique et ayant sa physionomie clinique particulière.

On divise l'ecthyma en ecthyma aigu et ecthyma chronique et, d'après la profondeur des lésions, on distingue : l'ecthyma simple, l'ecthyma à ulcérations superficielles, et l'ecthyma à ulcérations profondes (ecthyma cachectique et ecthyma infantile). Nous nous occuperons dans notre travail de l'ecthyma infantile, surtout de sa forme térébrante.

Bateman, qui distinguait déjà les lésions syphilitiques et non syphilitiques des enfants, a laissé la description de son *rupia escharotica* (1) (Willan le rangeait dans le même genre que l'ecthyma), qui se rapproche beaucoup de notre ecthyma infantile de forme ulcéreuse profonde. « Cette maladie, dit-il, n'attaque que les enfants à la mamelle et les jeunes enfants, qui sont dans un état cachectique, lorsque leurs forces ont été auparavant affaiblies par des

(1) Bateman. *Maladies de la peau*. 1820, Paris. Traduct. Bertrand.

maladies comme la petite vérole, ou par une nourriture malsaine, ou parce qu'ils n'étaient pas suffisamment vêtus; aussi se termine-t-elle souvent d'une manière funeste chez les pauvres. Les vésicules se manifestent en général sur les lombes, les cuisses et les extrémités inférieures et elles contiennent une matière sanieuse et corrosine. Plusieurs d'entre elles se terminent par des eschares gangréneuses, qui donnent lieu en se détachant à des cicatrices profondes.»

Depuis, pendant longtemps, l'ecthyma ulcéreux infantile était rangé parmi les affections syphilitiques, mais, peu à peu, les opinions changent. Bertin (1810) déjà soupçonne que toutes les éruptions infantiles ne sont pas syphilitiques; il remarque qu'elles s'observent chez les enfants bien portants et guérissent sans traitement spécifique.

Les auteurs qui suivent (Billard, 1828; Rayer, *Dict.* de 15 vol., Gibert, 1860; Cazenave, *Dict.* de 30 vol., Caillault, 1859) affirment l'origine non syphilitique de cette éruption et pensent qu'elle s'observe souvent chez des enfants atteints d'une affection chronique des voies digestives ou respiratoires, affaiblis et cachectiques. En 1827 parut une thèse (Asselin. *Essai sur l'Ecthyma*), dans laquelle se trouve une bonne observation d'ecthyma infantile de forme ulcéreuse, dans le cours de laquelle l'enfant a eu la pneumonie et la roséole (Obs. I). Valléix en rapporte aussi quelques observations dans son traité (1).

Après parurent d'autres thèses, mais elles ne donnaient rien de nouveau sur cette question, trop délaissée par les dermatologistes. Caillault (2), dans son traité rapporte un

(1) Valléix, *Traité des maladies des nouveau-nés.* Paris, 1838.
(2) Caillault. *Traité des maladies de la peau chez les enfants.* Paris, 1859.

cas (Obs. II), qui représente le tableau d'ecthyma infantile ulcéreux.

La confusion, qu'on constate chez tous les auteurs, dans leurs descriptions, dans leurs observations et dans leurs classifications, est encore accrue par la multiplicité et la diversité des dénominations : Rupia escharotica de Bateman, Pemphigus gangréneux de Bazin et de Cazenave; puis, folliculites, folliculite pilo-sebacée, folliculite furonculeuse, périfolliculite, folliculite ecthymateuse, furonculose superficielle, furonculose sous-épidermique, etc. (1).

L'histoire de l'*ecthyma térébrant infantile* (dénomination donnée par M. le Professeur Fournier) ne commence véritablement, on peut le dire, que dans les vingt dernières années, époque à laquelle Lailler et M. le Professeur Fournier se sont occupés de cette affection cutanée des enfants et publièrent leurs observations, soit dans les thèses de leurs élèves (Muzelier, 1876; Jarry, 1880), soit personnellement. Bientôt cette forme de l'ecthyma infantile a reçu leur nom « Maladie de Fournier et Lailler », parce que jusque-là personne n'avait fait une distinction si nette et une étude si approfondie d'une modalité morbide, en somme rare, variable dans ses manifestations et dont le diagnostic différentiel est important à établir pour le pronostic, le traitement, voir même pour les conséquences médico-légales.

L'ecthyma infantile térébrant, avec ses lésions et sa marche spéciales, inoculable et autoinoculable, a reçu son nom à cause de la propagation rapide du processus ulcératif à la périphérie, mais surtout en profondeur des tissus : le derme, le tissu cellulaire sous-cutané, même les muscles

(1) Fournier. *Soc. franç. de Dermat. et de Syph.* 1890.

peuvent être profondément entamés. Dans un cas, non publié, de M. le Professeur Fournier et de M. le Docteur Besnier « il s'agit d'un enfant, qui eut un ecthyma térébrant confluent, devenu très rapidement phagédénique, couvrant l'abdomen, le dos, les lombes et les cuisses. Sur une cuisse, notamment, l'ulcération devint térébrante, traversa le tissu cellulaire et les muscles jusqu'au fémur, qui fut mis à nu. L'enfant a succombé très rapidement avec des phénomènes de cachexie. Pas de syphilis. » L'observation VI présente un cas d'ecthyma infantile térébrant (service de Lailler), dans lequel la profondeur d'une ulcération était de 17 millimètres. Nous pourrions relater bien d'autres exemples (communication orale de M. le Docteur Barthélemy et autres), mais on en peut trouver aussi dans les observations.

Ecth. térébr. infantile est mentionné dans les derniers traités, sur les affections cutanées, comme une entité morbide distincte.

ÉTHIOLOGIE

Les causes de l'Ecthyma en général, et de l'Ecthyma térébrant infantile en particulier, sont encore assez obscures, quoiqu'on peut déjà prévoir dans l'avenir, grâce aux progrès journaliers de la bactériologie, la solution de cette question, si importante surtout dans la dermatologie, où règne encore une grande confusion quant à la nature et par conséquent à la classification des dermatoses. On cite des causes multiples pour les divers genres d'ecthyma : causes prédisposantes, locales ou générales

(varices, mauvaise vitalité des tissus, surmenage, misère); causes occasionnelles, causes externes, d'une part, causes internes ou toxiques, de l'autre; tout ce qui diminue la résistance de l'organisme, tout ce qui fait brèche à la cuirasse épidermique, peuvent favoriser l'éclosion et le développement de l'ecthyma en général. Il est admissible que les mêmes causes doivent figurer dans l'étiologie de l'ecthyma térébrant infantile, qui, inoculable et autoinoculable, nous ne saurions trop le répéter, doit avoir, probablement, une origine microbienne.

Cette affection s'observe dans les habitations mal aérées, froides et humides des classes pauvres, chez les enfants relativement bien portants, sans aucune tare pathologique, mais malpropres, manquant des soins hygiéniques et alimentaires, en état de réceptivité favorable de l'organisme, atteints de quelques troubles gastriques à cause du régime alimentaire défectueux (sevrage prématuré, une nourriture mauvaise, insuffisante ou non appropriée aux facultés digestives de cet âge, abus de spiritueux, etc.) et surtout de quelques lésions suppuratives de la peau ou du cuir chevelu; on l'a observé à la suite de la vaccine et d'autres fièvres éruptives, qui s'accompagnent souvent de manifestations gangréneuses; parfois, le traumatisme a pu donner lieu à l'éruption ecthymateuse (1); les troubles du système nerveux, doivent avoir une part importante dans les infections cutanées, probablement en diminuant la vitalité des tissus.

On ne sait pas encore quelle est la nature de l'agent morbide. De nombreuses tentatives ont été faites pour isoler l'agent de contagion de l'ecthyma en général et en

(1) Déléage et Morel Lavallée : *Ann. de Dermat. et de Syph.*, *1894*.

particulier de l'ecthyma térébrant infantile. Par l'inoculation successive du pus de la pustule on produit la même lésion, jusqu'à la 3e et 4e génération, après quoi le pouvoir reproducteur cesse (Vidal); mais les cultures des différents microbes trouvés dans le pus n'ont pas donné des résultats positifs. « Ainsi donc, bien que la nature microbique de l'ecthyma, dans certains cas tout au moins, soit des plus probables, elle n'est pas encore démontrée d'une façon absolue » (Leloir et Vidal).

Nous nous bornerons à signaler succinctement des nombreuses recherches bactériologiques.

Du Castel (1881) a trouvé, dans le service des varioleux, des spores isolées ou réunies en chapelets ou en groupes de 3 ou 4.

Leloir (1884-1885), a signalé la présence du staphylococcus pyogenes aureus, streptococcus et bactéries en forme de bâtonnets. E. Vidal trouva dans les pustules ecthymateuses des bactéries et des spores brillantes, isolées ou groupées en petits amas. Hanot (cité par Boinet et Déperet) a obtenu dans l'ecthyma des typhiques des bacilles en telle quantité que cet auteur vit dans ce fait une sorte de décharge, une véritable crise bactéridienne. Mathieu et Netter ont trouvé des microbes isolés ou en chaînettes dans les pustules varioliques. G. Baudouin et Wickham, dans un cas d'ecthyma térébrant infantile (Obs. VIII), ont obtenu du staphylococcus aureus, bacterium termo, mais le streptococcus était prédominant (5 fois sur 8). E. Ehlers (1) (de Copenhague) a trouvé dans les cas d'ecthyma térébrant de l'enfance (Obs. IX et X) le bacille pyocyanique pur de Charrin, mais il ne prétend pas que

(1) E. Ehlers *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1891.

l'ecthyma térébrant soit dû exclusivement au bacille pyocyanique. Il pense seulement, que le bacille du pus bleu peut déterminer des lésions rentrant dans le groupe des ecthymas térébrants.

Tout récemment, H. Triboulet (1) a signalé aussi la présence du bacille pyocyanique dans un cas d'ecthyma ulcéreux chez un enfant de 10 mois (Obs. XIV); l'affection fut purement locale, puis le bacille pyocyanique, proliféré « in situ » et absorbé par les vaisseaux sanguins, a produit une infection généralisée. Thibierge et Besançon ont trouvé des staphylocoques et des saprophytes divers (1896). Balzer et Griffon (1897) pensent que le streptocoque soit pathogène pour le lapin.

La culture demande beaucoup de précautions à cause de certaines erreurs qui ont été signalées. Les vieilles pustules sont difficiles à expérimenter, parce qu'il y a une infection secondaire par les saprophytes de la peau, les divers staphylocoques, entre autres, qui envahissent le contenu et comme ils sont plus grands que le streptocoque, ils occupent le premier plan, tandis que le streptocoque s'efface (Balzer et Griffon).

Les recherches sur l'ecthyma des cavaliers, qui s'observe chez les sujets jeunes et robustes et parfois en véritable épidémie dans certains corps, surtout chez les soldats non encore aguerris, ont montré la nature contagieuse de cette affection et sa relation intime avec le contact du cheval ou du milieu d'écurie (le frottement ouvre une porte d'entrée à la graine.)

E. Boinet et Ch. Déperet ont montré que le cheval restait toujours réfractaire aux inoculations du pus de la pus-

(1) H. Triboulet. *Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, 1897.

tule, tandis que chez les lapins, dans six jours, il y avait déjà une belle pustule d'ecthyma et même une véritable poussée d'ecthyma généralisé (1). Ils ont trouvé des cocci ou des microbes de genres variés (sérosité et pus des pustules ; le sang de la base de la pustule), M. le Docteur Barthélemy (2) communique un cas curieux de poussées ecthymateuses des deux bras chez un vétérinaire, qui ayant présidé à l'accouchement d'une vache, avait dû plonger ses mains et ses bras dans l'utérus et dans le vagin de la bête infectée.

Il faut espérer que les recherches ultérieures montreront si ce sont des microbes seuls en cause ou des toxines chimiques diverses, venues de dehors ou excrétées par l'organisme et s'éliminant par la peau, qui produisent cette affection. Il est plus probable que le germe est venu de dehors ; mais quelle est sa porte d'entrée?

Nous voulons seulement démontrer ce fait, que l'ecthyma térébrant s'observe chez les enfants atteints des troubles gastro-intestinaux divers, la dilatation de l'estomac, par exemple (simple préparation du terrain) ; et que les lieux d'élection de cette dermatose sont des endroits irrités par les urines et les matières fécales des enfants sales, malpropres, ou très mal tenus, chez lesquels si souvent on observe des dermites diverses, folliculites, pyodermites, erythèmes, fissures, gerçures, toutes lésions pouvant constituer des portes d'entrée pour les germes pathogènes. La présence fréquente du streptocoque dans les recherches bactériologiques peut-elle donner lieu à l'opinion que c'est dans cette variété de germes, qu'on a le plus de chance de trouver l'agent actif de l'ecthyma térébrant? C'est ce que

(1) Boinet et Ch. Déperet. *Soc. d. sc. méd.*, Lyon 1884.
(2) Barthélemy. *Gaz. d. hop.*, 1891.

les recherches ultérieures démontreront. Pour le moment, rappelons l'opinion de M. Escherich (1) qui pense que le streptocoque est un des agents des gastro-entérites infantiles graves.

Anatomie pathologique

Les descriptions des pustules d'ecthyma et de leur développement étaient faites par Rayer, Bazin, Todd, etc., qui en ont distingué déjà les phases principales, mais le siège de l'affection n'était pas connu, parce que la micrographie n'existait pas alors en médecine, et les discussions de Biett, Cazenave et Hardy, ainsi que l'opinion de S. Plumbe, ont pour nous à présent un intérêt purement historique.

Avec les progrès de l'histologie, de nombreux travaux sur le siège et l'anatomie pathologique de l'ecthyma, montrèrent que la pustule ecthymateuse et la pustule de la variole sont identiques anatomiquement. Citons les noms des auteurs, qui se sont occupés particulièrement de cette question: Auspitz et Bach (1863), Hebra (1872), Ebstein (1869), Neumann (1876), Biesadecki (1867), Cornil (1884). Vulpian (1875), Renaut (Art. Dermatoses. *Dict. enc. d. sc. méd.*), Rindfleich (1879), Weigert (1874), etc.

Mais ce sont surtout Vidal et Leloir qui, récemment, par leurs travaux, ont contribué beaucoup à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de l'ecthyma « comme une affection *sui generis* », en montrant que la pustule ecthymateuse peut être reproduite par l'inoculation et

(1) *Congrès des médecins et des naturalistes allemands* à Düsseldorf, (12-14 sept. 1898).

qu'elle est autoinoculable (1). (Belles pièces de M. Vidal au Musée de Saint-Louis, sous le n° 587).

Ces recherches étaient vérifiées en France et à l'étranger par Cornil, Pincus, Touton, Unna, Balzer, Laveran et Teissier, Y. Renaut, Bruneau, etc. Pour la description qui suit, nous nous sommes servie des travaux récents de Leloir et Vidal (2).

Le processus se passe dans le corps de Malpighi et dans la couche des cellules granuleuses ; il se compose de stades suivants : la macule, la papule, la vésicule (très rapidement) et, enfin, la pustule,

Macule. Hyperhémie des vaisseaux papillaires et des vaisseaux dermiques ; état œdémateux du derme ; diapedèse, la présence de cellules lymphatiques dans les mailles du tissu conjonctif et entre les cellules épidermiques.

Papule. Même état avec la prolifération des cellules épithéliales et leur augmentation de volume. Les cellules épidermiques commencent à présenter la transformation cavitaire. Le protoplasma disparaît peu à peu, le noyau persiste plus souvent, bourgeonne ou se divise, ou se trouve refoulé en un endroit quelconque de l'espace clair, formé lui-même par augmentation considérable de la zone hyaline périnucléaire.

Vésicule. Le protoplasma refoulé présente l'aspect d'une bande fibrillaire, la cavité augmente encore plus ; les cellules adhèrent intimement les unes aux autres et forment un reticulum, qui contient des noyaux, des filaments fibrineux, une matière granuleuse, des globules rouges, par-

(1) Vidal (E). *Congrès de Genève*, 1876.

(2) H. Leloir et E. Vidal. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, *1890*; *Traité descriptif des maladies de la peau et Atlas des maladies de la peau.*

fois en grande quantité (ecthyma hemorrhagique) et de micrococci.

Pustule. Les mailles réticulaires se rompent, en faisant communiquer les cellules entre elles et formant ainsi des petites cavités anfractueuses, qui se remplissent de pus et de liquides fibrineux. De la même manière se font les cavités plus grandes; l'épiderme (couches cornées, croûte), se soulève par les liquides et la pustule est ainsi constituée. Si elle est grande, de 2 à 5 francs, par exemple « alors vers le dixième jour, il se forme une croûte au centre, d'un jaune brunâtre, entourée d'une zone d'épiderme soulevé par de la sérosité purulente formant une collerette d'un blanc jaunâtre. C'est la zone d'envahissement, d'autoinoculation (par les bords), tant que l'épiderme de cette collerette n'est pas déchiré » (Leloir et Vidal). Après l'enlèvement, on constate l'arrêt du processus dans cet endroit. Une sorte d'œdème aigu lymphangitique se forme dans le derme et dans l'épiderme (Epidémie de vaccine chancriforme de la Motte-au-Bois, 1889).

Les follicules pilo-sébacés peuvent être point de départ de la lésion, ce qui était déjà indiqué par Biett — quoique certains auteurs le nient. La pustule (abcès dermo-épidermique) a une base, formée par le derme à l'état embryonnaire et les restes de corps de Malpighi; sa voûte est constituée par les couches plus résistantes de l'épiderme, qui forment une croûte, au-dessous de laquelle, parfois les liquides et le pus, en se desséchant, donnent une nouvelle croûte, qui soulève la première, etc. Alors on a une variété d'ecthyma, qui porte le nom d'*ecthyma rupioïde*.

Un bel exemple de la transformation de la pustule d'ecthyma en rupia se trouve au Musée Saint-Louis sous le n° 234.

D'après Vidal et Leloir, toute l'anatomie pathologique de l'ecthyma se résume en deux mots : pustule renfermant des microorganismes.

La base de la pustule ainsi constituée se transforme en bourgeons charnus, qui comblent la cavité, et il reste une cicatrice plus ou moins déprimée.

L'ecthyma ulcéreux profond, ecthyma gangréneux térébrant se forme quand le processus ulcératif est plus étendu, plus envahissant ; alors le derme, le tissu cellulaire, même les muscles peuvent être frappés. Seulement : il faut distinguer deux sortes de gangrène : *la gangrène de l'état cachectique général* et la *gangrène* qui tient évidemment *aux conditions locales* de débilité des tissus (1).

Au niveau des pustules on a constaté une altération des vaisseaux sanguins dermiques (endartérite et endocapillarite oblitérantes) et la lésion des nerfs périphériques ; dans le derme et dans l'épiderme de la pustule une quantité de microbes.

Dans les autres organes on ne trouve rien qui soit spécifique à cette affection cutanée. Dans la moitié des cas (8 fois sur 16) on observe des lésions du tube digestif : stomatites (très rarement), dyspepsie, la dilatation de l'estomac, gastrites, gastroentérites, ulcérations intestinales, et plusieurs fois on a trouvé des ascarides. Ce ne peut être qu'une coïncidence, puisqu'il s'agit ici de l'affection externe, inoculable et autoinoculable, pourtant le terrain a pu être préparé pour recevoir la graine (2). L'appareil respiratoire

(1) Broca P. A, Thèse. Paris, 1856.
(2) M. le Docteur Jacquet a observé récemment chez un *adulte* (cas non connu dans la littérature) de l'helminthiase qui a determiné des troubles gastriques, nerveux et l'éruption d'urticaire sur la peau, qui a disparu après la guérison de l'helminthiase (ascarides), ainsi que tous les troubles divers. (*Semaine médic.*, 1898).

se trouve frappé aussi souvent : rhinite, pneumonie fibrineuse, tuberculose, broncho-pneumonie, bronchite, etc.

Les ganglions trachéo-bronchiques et mésentériques augmentés de volume, souvent tuberculeux.

Si on n'a pas observé de lésions rénales appréciables, on a, du moins, trouvé, que le foie a été parfois tuméfié, congestionné et ayant un début de dégénérescence granulo-graisseuse (dans quelques cas rares).

Enfin, l'ophtalmie phlyctenulaire, kératite, conjonctivite et blépharite s'observent avant, pendant ou après l'éruption de l'ecthyma chez les enfants.

Puis, on a noté l'existence de quelques affections cutanées (le plus souvent de l'impétigo), suivent l'ecthyma térébrant infantile, ou qui précèdent et préparent le terrain, grâce à des brèches, où l'inoculation peut se faire; ainsi que cela a lieu parfois aussi à la suite de fièvres éruptives, telles que la vaccine, la variole, etc.

SYMPTOMES. — MARCHE

VARIÉTÉS D'ASPECT. — PRONOSTIC.

Avant de faire la description de la marche et des symptômes de *l'ecthyma térébrant infantile*, nous croyons utile de rappeler brièvement le développement des pustules d'ecthyma en général. Spontanée ou inoculée, toute pustule évolue en plusieurs périodes (1) : après une courte période d'incubation (6-8 heures) apparaît un plus ou moins grand

(1) H. Leloir et E. Vidal. *Gaz. hebd.*, 1890.

nombre de taches rouges congestives, bientôt épaisses et prurigineuses. Dès le lendemain la zone érythémateuse périphérique s'est notablement étendue et le centre est devenu manifestement purulent.

Le troisième jour il s'y forme déjà une vésicule remplie d'une sérosité d'abord limpide, puis louche et trouble, parfois mêlée d'un peu de sang. *Exceptionnellement*, cette transformation s'observe le deuxième jour. Vers le quatrième jour, la pustule inflammatoire s'est encore développée en largeur et en profondeur, de telle façon que l'ecthyma peut être considéré comme constitué : l'élément pustuleux, de forme arrondie, déprimé légèrement au centre, repose sur une base rénitente, indurée, entourée d'une zone érythémateuse; il est rempli de sérosité purulente et sanguinolente; ses bords sont rouges, durs; le fond est grisâtre, jaunâtre ou sanieux et parfois recouvert de fausses membranes ou de couenne; le pus à ce moment est inoculable. Les diamètres de la pustule ordinairement sont de 2 à 3 millimètres, 1 centimètre et plus, avec une zone d'autoinoculation en forme de collerette blanc jaunâtre (marche centrifuge). Cette période d'état dure près de 3 jours, après lesquels, vers le dixième jour, la pustule se dessèche et se couvre d'une croûte assez épaisse noirâtre, très adhérente et enchâssée dans le derme. Au-dessous, il existe une ulcération plus ou moins profonde.

Vers la fin de la troisième semaine (21e jour), la croûte, soulevée par les bords, tombe et laisse une macule, puis une cicatrice plus ou moins pigmentée, de profondeur et d'étendue variables. C'est la terminaison la plus fréquente; plus rarement, on observe la résolution totale de la pustulette inflammatoire avant la suppuration; c'est la marche des pustules superficielles, frustes ou avortées, qui sont

toujours plus ou moins nombreuses autour des pustules d'ecthyma typique. Parfois aussi les ulcérations ecthymateuses ont la tendance phagédénique ou sphacélique, de façon à rendre par leur confluence, les ulcérations plus profondes et plus étendues, comme on le voit dans les formes graves de l'ecthyma térébrant infantile. En effet, dans l'ecthyma infantile on doit distinguer les trois formes cliniques principales :

I. Ecthyma infantile à ulcérations superficielles, discrètes, ecthyma simple, vulgaire, semblable à celui qui s'observe à tous les âges. Cette première forme très bénigne, qui peut passer presque inaperçue, se compose d'une éruption discrète, c'est-à-dire de quelques éléments mal développés, disséminés, éloignés les uns des autres ou groupés sur un seul point et qui ne laissent pas de traces durables. Elle peut survenir d'emblée ou par poussées successives.

II. L'autre forme est de moyenne intensité; les éléments sont plus développés, plus profonds et sont disposés par plusieurs groupes, de telle façon que dans certains endroits les ulcérations sont plus ou moins proches et étendues.

III. La troisième forme est celle de l'ecthyma infantile térébrant à ulcérations rapides, multiples, confluentes, phagédéniques; c'est là que le terrain joue un rôle important, mais probablement aussi le degré de la virulence de l'agent pathogène. Cette forme peut être elle-même ou discrète, ou généralisée; elle a, comme la forme moyenne, des *sièges d'élection* : le tronc, la région sous-ombilicale, les fesses, les extrémités inférieures; le cuir chevelu, la face et les membres supérieurs sont atteints beaucoup plus rarement.

L'ecthyma térébrant infantile s'observe comme une affection primitive, parfois développée aussi rapidement qu'une

fièvre éruptive et chez les enfants vigoureux ou relativement bien portants, mais placés dans certaines conditions favorables de réceptivité, par exemple dans les milieux malpropres ou avec des troubles gastriques négligés et ayant déjà d'autres dermites, érythèmes, furoncles, etc. On ne l'observe pourtant pas que sur les enfants si bien portants; on en voit aussi chez les enfants faibles de naissance ou affaiblis par les maladies antérieures, en un mot, cachectiques; l'ecthyma térébrant est le plus souvent apyrétique et sans réaction générale.

Dans la forme térébrante observée par Lailler et par M. le professeur Fournier chez les enfants assez bien portants, sans aucune tare héréditaire, il y a un stade prodromique (2 à 3 jours), pendant lequel le malade éprouve quelques phénomènes précurseurs généraux : un peu de prurit, de malaise, de courbature, de constipation ou de diarrhée, d'anorexie, etc. Puis arrive un stade d'éruption qui se caractérise par l'apparition des petites taches rouges dans les endroits principalement où l'urine et les matières fécales irritent la peau, atteinte ici assez souvent d'intertrigo, etc. : les cuisses, les fesses, le tronc. Les petites taches deviennent saillantes et très vite se forment de petites papules, puis des vésico-pustules. Au commencement on constate des démangeaisons, des sensations de chaleur et de picotement; la pustule devient le siège d'une véritable douleur qui diminue avec la dessication et la formation de la croûte; mais les sensations pénibles reparaissent si on vient à arracher la croûte comme il arrive si souvent par le grattage et les frottements des enfants. L'épiderme se rompt et donne lieu à une ulcération qui a une tendance particulière à envahir les tissus voisins, mais surtout à gagner dans la profondeur; c'est un trait caractéristique de l'ecthyma térébrant. Les

tissus sous-cutanés jusqu'aux os peuvent être intéressés (Obs. IV, VI, etc.). Les ganglions lymphatiques sont assez souvent engorgés dans le voisinage. L'aspect extérieur de ces ulcérations est très variable. En général, le fond est sanieux, grisâtre ou rougeâtre; la suppuration n'est pas toujours abondante, elle a parfois l'aspect d'une fausse membrane. Les bords sont réguliers, arrondis ou ovalaires, taillés à pic, entourés d'une zone inflammatoire d'un rouge assez vif et facilement saignants. Chez les sujets cachectiques (ecthyma luridum de Bateman) la couleur est livide, violacée. Ces lésions peuvent rester longtemps stationnaires, mais ordinairement, après la chute des croûtes ou des eschares, le bourgeonnement se fait et il reste des cicatrices indélébiles, gaufrées, déprimées, violacées, puis blanches. L'affection peut se propager aux parties voisines par l'auto-inoculation du pus sur les éraillures de la peau, etc., qui est favorisée par le frottement des vêtements, le grattage ou par les autres causes déjà signalées.

Les complications sont des dermites, des collections purulentes, des lymphangites, voire même des phlébites, des ulcérations labiales et buccales (Leloir et Vidal), des amygdalites et même des affections des voies respiratoires, aggravées par l'état défectueux des fonctions digestives; enfin, des inflammations oculaires, surtout conjonctivales.

Parmi les diverses *variétés d'aspect* de l'ecthyma térébrant infantile on peut noter les suivantes : une variété *chancriforme*, qui simule parfaitement l'aspect du chancre simple ou celui d'un chancre syphilitique, décrite par M. le Professeur Fournier (1) (Obs. XII); le moulage du Musée Saint-Louis sous le n° 420 (année 1887) en présente

(1) A. Fournier. *Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, 1890.

un bel exemple; l'observation est malheureusement, égarée, mais la pièce a été décrite par M. le Professeur Hallopeau (2).

Les autres variétés rappellent beaucoup les *gommes ulcérées, les syphilides pustulo-ulcéreuses, les ulcérations du phagédénisme tertiaire* (Obs. II, III, IV, V, VI, XI) et la *tuberculose aiguë de la peau.*

Enfin, il existe une variété très intéressante de l'ecthyma térébrant infantile, de *forme circinée,* à cause de sa marche centrifuge; c'est cette dernière qui affecte plus particulièrement une grande ressemblance avec les *syphilides pustulo-ulcéreuses circinées.* On en trouve des exemples dans diverses photographies, notamment dans la collection de M. le Professeur Fournier.

Il s'agit d'un enfant, Léonie Proy, née de Anna Hubner. 1888. Salle Saint-Louis, lit 19.

Malheureusement, l'observation étant égarée, nous sommes obligée de faire notre description d'après les planches, et non d'après le malade.

Tout d'abord, on est frappé de la disposition cerclée ou hémicerclée des lésions qui, au lieu d'être généralisées, se sont développées presque exclusivement dans une région bien déterminée.

Tout le côté droit du tronc de l'enfant, à partir de l'hypochondre jusqu'à la partie supérieure et externe de la cuisse droite, est le siège de l'éruption. Voici en quoi consiste l'affection : dans la partie supérieure se montrent des éléments disposés en forme de cercles (2 à peu près complets, de la dimension d'une pièce de deux francs) et de demi-cercle (de la grandeur d'une pièce de cinq francs).

(2) H. Hallopeau. *Ecth. térébr. de l'enfance. Iconographie. Musée de Saint-Louis,* 1 pl.

C'est par là que l'affection a débuté et c'est là que sont les éléments les plus anciens ; ils ne sont plus marqués au moment de l'épreuve que par des pigmentations couvertes çà et là de croûtelles et de squames sèches et sur le point de se détacher. Plus bas, au contraire, les lésions de la région moyenne de la surface infectée sont caractérisées par des pustules encore exulcérées, mais déjà en voie de réparation, comme le prouve la zone pigmentée et presque déjà cicatricielle, qui les entoure. Le centre seul est encore déprimé, à vif, mais d'une coloration plus brune que les ulcérations plus étendues, plus récentes, plus creuses, que l'on voit à la région inférieure, où le mal est dans toute son intensité et où le processus ulcératif atteint son maximum d'activité.

C'est là que l'on trouve les éléments vraiment caractéristiques, soit isolés et de la dimension d'un gros pois coupé par moitié et dont la portion convexe semi lunaire aurait pénétré dans le derme ; soit groupés par 2 ou 3 éléments, presque réunis, soit fusionnés de façon à se toucher par une de leurs extrémités et à former ou des festons, ou des arcades hemicerclées. C'est à la partie tout à fait inférieure (ici, au niveau de la région trochantérienne) que les éléments, les derniers apparus ou les plus récemment produits, existent dans toute leur violence. On voit que, comme dans le phagédénisme, il y a dans l'affection, une extrémité morte et une extrémité vivace ; ce sont les éléments dus aux dernières propagations des germes pathogènes, et probablement aux dernières autoinoculations positives. La guérison procède ici de haut en bas. En se fusionnant ou en se touchant seulement, les éléments éruptifs prennent des formes variées, des figures tortueuses, en zigzag, en 8 de chiffre, en V renversé, etc., toutes dispositions dues

seulement au hasard des localisations et qui n'ont rien de spécial avec la nature du mal, *contrairement* avec ce qu'on observe dans les placards syphilitiques ou dans les syphilides en nappe, où l'infiltration précède toujours l'ulcération et où, par conséquent, celle-ci affecte une tendance excentrique très significative.

Toutes ces ulcérations reposent sur un plateau rénitent et inflammatoire et ont une auréole érythémateuse, foncée et violacée près de la lésion, rosée au fur et à mesure qu'on s'en éloigne ; les bords sont saillants, turgescents, mais plus souples et beaucoup plus minces que dans les syphilides pustuleuses ; cette étroitesse est importante aussi pour les ulcérations ecthymateuses confluentes et sert à les distinguer des ulcérations syphilitiques de même forme, mais qui sont plus taillées à pic, plus larges, plus indurées. Leur fond est lisse, régulièrement déprimé jusqu'au centre, qui est toujours le point le plus creux ; leur coloration est jaune, si la pustule contient encore du pus, ou bien rouge et saignante, si elle est vide. La rougeur est d'autant plus vive, que l'ulcération est plus récente : au fur et à mesure que la lésion s'éteint, la rougeur fait place à une coloration violacée, brune et noirâtre, qui est celle de la croûte formée de pus et de sang desséché. La profondeur des ulcérations varie selon l'époque de développement de chaque élément, suivant l'intensité du processus ulcératif, enfin, dans chaque éruption il est des pustules larges et creuses alors que d'autres sont superficielles, étroites et presque avortées ; les plus profondes entament fortement le derme, les plus superficielles dépassent à peine les couches moyennes de l'épiderme et ne laisseront aucune cicatrice, mais seulement une macule destinée, elle aussi, à disparaître complètement et assez rapidement. Sur la pho-

tographie, qui représente le cas que nous décrivons ici, il existe encore beaucoup de taches simplement pigmentées, mêlées à d'autres qui sont cicatricielles, vestiges d'éruptions antérieures ; car l'affection se compose d'un certain nombre de poussées successives.

Dans les lésions syphilitiques annulaires les dimensions des arcades sont plus grandes ainsi que les éléments constitutifs isolés (pustules et tubercules), et la couleur est plus jambonnée. La localisation est différente aussi dans les deux affections. Quand les syphilides sont pustuleuses, sont ulcéreuses par conséquent, elles relèvent généralement d'une infection déjà ancienne ; elles ont alors pour caractères d'être plus circonscrites, plus régionales que les pustules ecthymateuses, qui sont sans doute, avec des foyers d'intensité variable, causées par des autoinoculations successives et faites de proche en proche, pour finir dans les cas d'ecthyma térébrant, comme ceux, sur lesquels nous attirons l'attention, par occuper rapidement des grandes surfaces du corps.

Rappelons aussi la fréquence dans les syphilides ulcéreuses précoces généralisées des lésions concommitantes et parallèles des muqueuses ; ce qui n'existe pas dans l'ecthyma ou n'existe que d'une manière exceptionnelle et toute atténuée. Pour faire le diagnostic, recherchons donc les plaques muqueuses ailleurs et les autres renseignements commémoratifs. L'état général peut être aussi mauvais dans un cas que dans l'autre. Les adénopathies peuvent donner des renseignements utiles ; elles sont plus inflammatoires dans l'ecthyma, où elles existent moins systématiquement que dans l'infection syphilitique récente.

Le *pronostic* de l'ecthyma térébrant infantile dépend de l'état général : chez les sujets faibles, cachectiques, (ecthyma

diabétique, etc.), il est grave, sérieux, non seulement à cause des lésions locales qui prennent parfois des proportions considérables, mais encore parce que la diminution de la résistance organique permet le développement des complications viscérales, que nous avons déjà signalées ; ce sont elles qui emportent le malade (Obs. I, II, IX, XIV, IV.)

Dans l'ecthyma térébrant infantile, qui atteint, comme le prouvent les observations (Obs. I, III, V, VII, VIII, X, XI, XII, obs. personnelle), des enfants relativement bien portants et vigoureux, le pronostic n'est pas sérieux, et l'affection guérit facilement avec de simples pansements antiseptiques, ce qui prouve l'origine microbienne de cette maladie.

L'affection, que nous venons de décrire, s'observe exclusivement chez les enfants et nous ne savons pas qu'on ait signalé chez l'adulte, dans les circonstances habituelles de la vie (réserve faite, peut-être, pour le temps de guerre et pour les agglomérations humaines, placées dans de mauvaises conditions hygiéniques) des cas absolument semblables.

Certaines variétés d'éruptions ecthymateuses confluentes et généralisées, soit chez des cavaliers privés des soins hygiéniques, soit chez des gens misérables et manquant de l'alimentation et des soins les plus élémentaires (pèlerinages, troupes, etc.), ont pu momentanément donner lieu à des poussées ressemblant fort à celles de l'ecthyma térébrant ; mais il faut savoir qu'il ne s'agissait là que d'une exaspération passagère dans le cours d'une éruption, et non pas d'une dermatose affectant tout le temps la marche envahissante, progressive et l'évolution sans discontinuité de l'ecthyma térébrant. On peut juger des différences d'évolution, même lorsque l'aspect symptomatologique est devenu

pour un instant presque le même, par l'observation suivante dont nous extrayons quelques passages pouvant se rapporter à la question que nous étudions.

Dans l'observation, que M. le Docteur Barthélemy a bien voulu nous communiquer, il s'agit d'un jeune homme D... L..., âgé de 18 ans, journalier par profession, entré le 28 juin 1881, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le Professeur Fournier, salle Saint-Louis, lit n° 78, et atteint d'éruption polymorphe, constituée par des pustules acnéiques du visage, par des folliculites furonculeuses du tronc, et par des éléments pustuleux d'ecthyma simple sur les membres supérieurs et inférieurs. Antécédents strumeux. Pas de syphilis ; pas de varices. Pas de lésion cutanée remarquée antérieurement à l'éruption ecthymateuse. Celle-ci aurait apparu par poussées successives, c'est-à-dire, par autoinoculation dans l'espace d'un mois environ. Cette marche est fort différente, on le voit, de celle des cas d'ecthyma térébrant de l'enfance et ne peut être considérée que comme le résultat de dermatoses multiples sur un même sujet. On en jugera encore par les symptômes présentés sur les jambes par le sujet au moment où, vaincu par la douleur, il se décide, après un mois d'éruption, bien tolérée, à entrer dans le service et, pendant qu'il était soumis à l'observation (1-10 juillet 1881).

... « Les lésions, de beaucoup les plus fréquentes, sont représentées par des *pustules purulentes*. Celles-ci varient de volume d'une lentille à celui d'un noyau de cerise — mais le plus grand nombre a la largeur d'une moitié de pois. Elles se développent très rapidement d'un jour à l'autre, sont remplies d'un liquide purulent d'un jaune vif, présentent pour la plupart un poil à leur centre et sont bor-

dées par une mince zone inflammatoire rouge, d'une vivacité remarquable. La douleur est intense.

« Mais le caractère le plus important, capital de l'affection, est constitué par ce fait qu'au lieu de se crever et de se dessécher, un certain nombre de ces pustules, après s'être vidées, se creusent en plaies étroites, profondes, à fond irrégulier, alvéolaire, anfractueux.

« Ou bien, et plutôt encore, ce sont les prétendues folliculites qui subissent ce travail, ce processus ulcératif. De là de *véritables plaies ecthymateuses* avec les caractères déjà signalés d'étroitesse relative et de profondeur considérable, qui leur donne un aspect putéiforme. Un *autre fait remarquable est leur rapidité d'évolution*, c'est-à-dire leur formation non en quelques jours, mais en quelques heures : dans une nuit, plusieurs nouvelles plaies se montrent, pendant que les premières se creusent et s'élargissent ».

Toutes ces lésions sont très douloureuses, même jusqu'à une syncope et une obnibulation de vue quand le malade est debout ; ainsi, la marche est impossible. « Cet état aigu, sorte de poussée ou de période d'état, dura de 5 ou 6 jours au plus, pendant lesquels le malade eut de la fièvre, de la faiblesse, de l'inappétence et de vives douleurs. » Le repos et l'antisepsie ont vite éteint toutes ces complications naissantes dues absolument à la malpropreté et au défaut de soins appropriés, et l'ecthyma vulgaire compliqué de quelques furoncles disséminées et quelques pustulettes purulentes superficielles, simples folliculites de pyodermite, n'a pas tardé à guérir, sans qu'on puisse, dans l'espace d'un mois, constater la moindre tendance à la confluence et au phagédénisme de l'ecthyma térébrant évoluant chez les enfants. Il y

eut seulement quelques cicatrices peu profondes et éloignées les unes des autres.

Diagnostic différentiel

Avec les *syphilides pustulo-ulcéreuses* malignes l'ecthyma térébrant infantile peut avoir l'identité de l'aspect ; la progression excentrique des lésions, le siège et la cachexie peuvent être les mêmes dans l'ecthyma syphilitique ; la différence consiste, non dans la forme, mais dans la nature, qui devient évidente par le succès du traitement spécifique qui reste au contraire sans action, sinon nuisible, dans les lésions ecthymateuses. Il faut tenir compte des symptômes concomitants, coryza, cachexie, syphilides de l'anus ou de la bouche, lésions osseuses, viscérales ou adénopathiques, etc., qui ne manquent pas dans la syphilis soit acquise, soit héréditaire. De plus il faut remarquer que les lésions syphilitiques ne sont pas autoinoculables ; que leur auréole est plus cuivrée, ou plus jambonnée ; que leur base plus dure, tuméfiée, infiltrée, néoplasique ; enfin, que le siège n'est pas si caractéristique ; elles ne s'accompagnent pas de mouvement fébrile, ni de douleur. L'anamnèse du malade a aussi beaucoup d'importance, de même que l'examen des parents.

Une forme d'ecthyma térébrant infantile, simulant les *syphilides pustulo-ulcéreuses circinées* a été discutée dans les variétés d'aspect et nous renvoyons au chapitre relatif, jugeant à propos de n'y pas revenir pour éviter les répétitions.

Il y a des cas où *l'ecthyma simple* s'observe chez des sujets syphilitiques ; alors, le diagnostic différentiel est assez difficile ; c'est en observant les propriétés d'inoculabilité et d'autoinoculabilité que l'on parviendra surtout à distinguer ce qui revient à la syphilis et à l'agent générateur des éruptions ecthymateuses non syphilitiques.

L'analogie de l'ecthyma térébrant avec les affections syphilitiques s'observe encore après la guérison : les cicatrices sont arrondies, régulières, lisses, souples, blanches au centre et pigmentées à la périphérie. Ainsi, l'opinion de Parrot, qui affirmait la nature syphilitique héréditaire de toutes les cicatrices fessières chez l'adulte n'est pas vraie d'une manière absolue, excepté pour ce qui touche absolument la vulve ou l'anus, où l'ecthyma est rare, tandis que les syphilides ou même les furoncles s'y observent assez souvent.

L'ecthyma simple peut devenir profond sur les membres inférieurs variqueux, et les cicatrices resteront aussi pigmentées que peuvent l'être celles de la syphilis.

Une autre variété *chancriforme* de l'ecthyma térébrant peut être absolument comparable aux *chancres syphilitiques* (1). Nous ne parlerons pas de *l'ecthyma scabieux,* qui peut simuler parfaitement le chancre dur syphilitique à la verge. La forme de la lésion est régulière, arrondie, de la couleur rouge chair musculaire, sur laquelle insiste dans son enseignement M. le Professeur Fournier ; la configuration en cupule ; les bords moins taillés à pic, sont en relief de quelques millimètres ; le fond est lisse, luisant, la sécrétion peu abondante, séreuse ; la base est dure, rappelle l'infiltration cutanée de la sclérose primitive de la syphilis. Mais dans l'ecthyma térébrant infantile, il n'y a pas d'adé-

(1) A. Fournier. *Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, 1890.

nopathie systématisée (ou très rarement); les divers éléments ont un siège spécial; ils sont plus nombreux que les érosions du chancre; enfin, la prompte guérison, en dehors du traitement spécifique, a fait reconnaître à M. le Professeur Fournier dans ce cas une des formes d'ecthyma térébrant infantile, à éléments multiples.

L'ecthyma térébrant *chancriforme* peut être pris pour un *chancre simple*, phagédénique, dont il simule les caractères : les ulcérations chancreleuses ont une couleur jaunâtre; la forme est plus circulaire ou ovalaire; les bords sont plus saillants; le fond est plus irrégulier, alvéolaire, plus ou moins profond et reposant sur des tissus plus souples et plus mous; à peine y a-t-il un peu d'infiltration œdémateuse sous-jacente ou périphérique; la progression est nettement centrifuge; la puissance d'inoculabilité est plus considérable et la durée généralement plus longue; mais seulement il n'y a pas d'exemple de chancre simple chez les enfants. Chez ceux-ci, au contraire, l'ecthyma térébrant, avec sa marche rapide a un siège spécial, débute par une éruption papulo-érythémateuse, qui se change rapidement en pustules caractéristiques, s'ulcère. entame profondément les tissus sous-jacents, tandis que le phagédénisme du chancre simple s'étend surtout en surface; on pourra toujours rechercher les bacilles de Ducrest.

La *tuberculose aiguë* de la peau à l'état de complet développement peut avoir une grande ressemblance avec l'ecthyma térébrant infantile, mais elle offre aussi pas mal de différences :

Le siège de la tuberculose cutanée aiguë est tout à fait autre : ce sont les extrémités supérieures, le pourtour des orifices naturels : anus, narines, bouche, yeux, oreilles, etc.

La maladie commence par des petits nodules, sur les-

quels la peau, d'abord normale, s'enflamme rapidement et auxquels succèdent des ulcérations par ramollissement du néoplasme primitif; ces ulcérations sont isolées; ce n'est qu'exceptionnellement que, par une tendance extensive, elles se sont réunies de manière à former une vaste plaie.

Leur forme peut être circulaire, ovalaire, mais le plus souvent irrégulière; la couleur est livide ou d'un rouge pâle ou violacée; les bords sont décollés, irréguliers, violacés aussi. Le fond est inégal, sanieux; le contenu grumelleux, blanchâtre ou grisâtre; parfois, les ulcérations sont recouvertes de croûtes molles, humides, grisâtres ou jaunâtres, mais elles ne sont pas adhérentes, comme on en observe dans l'ecthyma térébrant infantile. Les lésions se compliquent des étroites fusées purulentes, des diverticulums, qui peuvent aboutir à de nouveaux décollements, ou à des fistulettes. Elles sont indolentes, mais c'est le contraire dans les muqueuses, dont les lésions tuberculeuses sont très douloureuses. Evolution des plus lentes.

Le plus souvent, la tuberculose cutanée s'observe en même temps que la tuberculose viscérale ou la tuberculose du système lymphatique ou osseux, ce qui fait que les lésions cutanées sont une complication d'une affection coexistante, et l'état général presque toujours est plus ou moins grave, tandis que l'ecthyma infantile apparaît généralement dans le cours d'une bonne santé ou, du moins, sans maladies antérieures, préparatoires, puisqu'il s'agit d'une affection aiguë brusquement jetée dans l'organisme.

La tuberculose cutanée ulcéreuse aiguë peut s'accompagner de la *tuberculose cutanée verruqueuse ou papillomateuse*, plus ancienne, préexistente et qu'il est impossible de confondre avec des lésions de l'ecthyma térébrant. L'erreur est encore moins possible ici que dans la forme

précédente. Les grands placards tuberculeux se présentent formés par plusieurs zones : sur un fond erythémateux, tuméfié ou non, se trouvent des petites pustules superficielles ou des croûtes et des squames; en dedans, il y a, au centre, des saillies papillomateuses et végétantes, faisant une saillie de quelques millimètres; en même temps, des petits abcès intradermiques, aux divers stades d'évolution, des petites ulcérations, des fissures, etc.

Siège : la face dorsale des mains et des doigts et les espaces interdigitaux. Le processus se passe dans les couches superficielles du derme et laisse des cicatrices minces. La marche de cette lésion, qui est indolente, est essentiellement chronique et peut durer des années.

Le diagnostic de la tuberculose cutanée se confirme par les recherches et les cultures des bacilles de Koch et par des inoculations aux animaux, surtout des cobayes. Dans une observation inédite, que M. le Docteur Jacquet a bien voulu nous communiquer, il y avait chez un enfant de 5 ans, des lésions ecthymato-ulcéreuses, disposées sur un fond érythémateux, un peu épaissi et qui, en forme d'un grand placard, occupaient presque toute l'étendue de l'avant-bras droit. Des pustules discrètes parurent dans la région sacrée, mais le point de départ était la lésion cutanée sur la face dorsale de l'articulation phalango-phalanginienne du médius droit, à laquelle, dans l'espace de 4 mois, succéda une lésion analogue au médius gauche et semblablement disposée. La guérison a été obtenue à peu près complète par des cautérisations au galvano-cautère. Onze lamelles avec le produit de raclage des divers éléments furent examinées au point de vue de bacille de Koch sans résultat. Le diagnostic fut : l'*ecthyma tuberculeux* (avec un point d'interrogation).

Nous ne voulons retenir ici que la ressemblance, que peut affecter la tuberculose aiguë disséminée de la peau avec l'ecthyma développé chez des enfants tuberculeux; mais, même dans les cas de tuberculose aiguë, la marche de la dermatose est infiniment moins rapide que dans l'ecthyma térébrant.

Quant au diagnostic avec les lésions, décrites récemment sous le nom de *tuberculides*, et dont quelques-unes rentrent dans les anciennes *scrofulides*, leurs caractères cliniques ne sont pas assez tranchés pour que nous puissions en faire le diagnostic.

L'Ecthyma térébrant infantile, à première vue, paraît avoir beaucoup de ressemblance avec l'éruption, qui a été décrite récemment sous le nom de l'*Herpès vacciniforme, herpès phlycténoïde, éruption vaccino-syphiloïde des nouveau-nés*, etc. (1), et dont le Musée de Saint-Louis, qui renferme la plus belle collection du monde entier des maladies cutanées et syphilitiques, possède plusieurs exemples.

La nature de cette affection reste inconnue, probablement microbienne; M. le Professeur Fournier a fait à ce sujet plusieurs leçons; il pense qu'elle est due à une série d'infections cutanées, produites par des microbes d'origine intestinale (*Gaz. des hôpitaux*, Paris, 1891).

Il ne saurait être question ici de faire le diagnostic différentiel de l'*herpès vacciniforme* avec toutes les affections qu'il simule (pustules de vaccine, syphilides papuleuses, érythème postérosif de MM. Sevestre et Jacquet, etc.), nous avons à parler seulement de l'ecthyma térébrant

(1) Le premier cas nettement distingué a été observé par M. le Professeur Fournier et a été publié par le regrette Feulard dans la *France médic.*, 1877 : *Eruption papuleuse d'aspect vacciniforme ou syphiloïde.*

infantile, qui est encore beaucoup moins rare que l'herpès.

Ces deux affections cutanées frappent les enfants en bas âge, atteints des troubles gastriques divers, malpropres, souillés par l'urine ou les fèces; elles s'accompagnent de sensations douloureuses, de cuisson, de malaise général, mais pas de fièvre, pas de prurit dans l'herpès vacciniforme — c'est ce qui s'observe dans l'ecthyma térébrant infantile. — Le siège, l'aspect, la marche et la durée ne sont pas les mêmes dans les deux cas, qui ne peuvent être confondus qu'à la période pustuleuse du début, avant la formation des ulcérations profondes.

L'herpès vacciniforme occupe ordinairement la région génitale (vulve, scrotum), siège autour de l'anus, dans les grands plis cruraux et inguinaux et sur leurs rebords, sur les parties en contact, ce qui prouve bien sa propriété d'autoinoculation, comme dans l'ecthyma. Le siège de ce dernier est sur les fesses, sur les parties postéro-supérieures et externes des cuisses (en dehors des plis cutanés), dans la région sous-ombilicale, le tronc et même partout sur le corps, même dans la bouche. Comme l'aspect, il y a une grande différence entre l'ecthyma térébrant et l'herpès vacciniforme, qui débute par une vésicule aplatie d'un blanc grisâtre argenté, déprimée au centre, entourée d'une auréole rosée et présentant une ressemblance frappante avec un bouton de vaccine au 6ᵉ jour. Dans une semaine, les vésicules se crèvent et présentent au centre une ulcération *superficielle*, arrondie, avec une collerette membraneuse épidermoïde ou couverte d'une couenne qui se dessèche peu à peu. Après la disparition de cette collerette, il ne reste plus qu'une papule exulcérée, rougeâtre, qui rappelle beaucoup des érythèmes syphiloïdes post-érosifs

ou des syphilides papuleuses ulcérées. A la place de l'éruption restent des macules légèrement pigmentées, mais pas de cicatrice (1).

Rappelons, brièvement, que les lésions de l'ecthyma térébrant intéressent profondément le derme et les parties sous-jacentes et, laissant des cicatrices indélébiles, ont des caractères tout différents de ceux des lésions essentiellement superficielles de l'herpès vacciniforme, qui produit des érosions plutôt que des ulcérations. La durée de la dernière affection est longue : six semaines et plus. Mais l'analogie entre ces deux affections se retrouve dans le traitement, qui est le même, et cette éruption guérit aussi vite avec les seuls soins de propreté minutieuse, les antiseptiques (iodoforme) et l'hygiène alimentaire. Comme dans l'ecthyma infantile le germe pathogène est encore inconnu et l'autoinoculabilité est la règle. Telles sont les ressemblances cliniques dont il faut se souvenir pour deux affections très dissemblables à tant d'autres points de vue.

La variété *ulcéreuse* de la *dermite infantile* simple de M. le Docteur Jacquet, peut se développer dans les mêmes régions que l'ecthyma térébrant (fesses, cuisses, mollets) ; il a été signalé que le derme et les tissus sous-jacents peuvent être lésés jusqu'aux muscles et aux cartilages, ce qui a pu prêter parfois à la confusion. Mais cette dermo-épidermite ulcéreuse s'observe toujours chez des enfants affaiblis, cachectiques, tandis que l'ecthyma térébrant peut se développer chez les enfants bien portants, atteints seulement de légers troubles gastriques.

La dermite ulcéreuse simple n'a pas de forme définie et est essentiellement polymorphe ; elle se compose

(1) Fournier (A). *Gaz. des hôp.*, Paris, 1891 ; Besnier (E). *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1889.

d'éléments variés, que le défaut de soins et la malpropreté entretiennent sur des sujets épuisés par une alimentation défectueuse : érythème, vésicules, érosions et ulcérations ou pseudo-papules (érythème post-érosif papuleux, auquel ne succède que longtemps après le processus ulcératif).

Quant au *Pemphigus*, il présente avant tout des bulles et non des pustules, c'est-à-dire, que quand la poche purulente a été rompue, on trouve non pas une ulcération, dont le centre est plus profond que les bords, mais une simple érosion lisse, superficielle, égale dans toute son étendue. Les croûtes du pemphigus sont moins adhérentes, moins épaisses, moins enfoncées, moins brunes et plus larges que celles de l'ecthyma ; le pemphigus est foliacé.

Du reste, pour le cas qui nous occupe, pour l'enfant malade, il n'y a que deux formes : le *pemphigus hérédosyphilitique*, dont les bulles ont une marche si rapide, occupe les pieds et les mains ; et le *pemphigus épidémique des nouveau-nés*, qui pas plus que l'impétigo contagiosa, ne peut vraiment pas être confondu, à cause de la multiplicité, de la petitesse et de la superficialité des lésions, avec notre ecthyma, dont la qualification de térébrant montre bien qu'il s'agit d'une affection aiguë, devenant très rapidement profonde.

L'*Impétigo*, affection contagieuse, inoculable et autoinoculable, présente de petites vésico-pustules superficielles, d'une belle couleur jaune d'or, dans lesquelles le derme est enflammé, mais jamais ulcéré. Elles sont disposées ou isolement, à la périphérie de lésions principales, ou surtout en placards, recouvertes avec des croûtes épaisses, rugueuses, peu adhérentes, jaunâtres, mélicériques et friables ; dans l'ecthyma la croûte, adhérente, est noirâtre,

plus dure et recouvre une ulcération plus profonde. La pustule d'impétigo évolue très rapidement et le 3e jour elle est déjà à l'état adulte, tandis que la pustule ecthymateuse est constituée le 4e et 5e jour. Après la guérison, pas de cicatrices. Comme siège d'élection, c'est principalement la face qui est atteinte dans l'impétigo. On constate souvent, que l'ecthyma des membres et l'impétigo de la face existent en même temps.

La *Furonculose* forme une éruption de petites tumeurs inflammatoires phlegmoneuses, qui est caractérisée par le bourbillon, reposant sur une base indurée; elles sont très douloureuses, se développent en 6 à 8 jours et ne laissent pas de plaies, même lorsqu'il y a anthrax, comparable aux ulcérations de l'ecthyma térébrant.

Dans certains cas, mais seulement au point de vue objectif, à la période de début et sans qu'on ait pris de renseignements, on peut confondre l'ecthyma avec les diverses variétés de *folliculites* (folliclis et autres), dont les éléments sont groupés de façon à occuper une région presque exclusivement; mais dans ces cas les pustules sont beaucoup plus petites, moins creuses, moins florides, car les lésions folliculaires sont des lésions chroniques par excellence, alors que l'ecthyma est, au contraire, une dermatose d'allure franchement aiguë et *moins strictement localisée*. D'ailleurs, les folliculites, avant d'ulcérer la peau, forment plus ou moins longtemps des nodosités sous-cutanées ou intradermiques. Elles sont liées souvent à la tuberculose. Dans l'*acné pustuleuse* il y a toujours tous les autres éléments de l'acné vulgaire; chaque pustule n'est qu'une exagération, qu'un incident passager d'un état chronique caractérisé par la séborrhée, par les papules, les tannes, les comedons, les points noirs, polymorphisme, qui existe

toujours, car l'acné n'est jamais pustuleuse d'emblée. Celle-ci, d'ailleurs, ne s'accompagne pas en général d'un mouvement fébrile et a des sièges très spéciaux, dos, front, épaules, poitrine, tandis que l'ecthyma vient au hasard des inoculations et, chez l'enfant surtout, dans la région sous-ombilicale et fessière du corps, où les urines et la malpropreté sont plus fréquentes et ont préparé la peau à recevoir plus facilement les germes pathogènes.

L'*Acné ulcéreuse* ou *atrophique* ne s'observe presque pas chez les enfants; le plus souvent, c'est entre 30 et 40 ans qu'elle se montre sur la figure (front, tempes, nez, sourcils, etc.), présentant des papules indolentes et superficielles avec une croûtelle jaunâtre (brunâtre plus tard), sous laquelle se trouve une très petite ulcération à bords taillés à pic. Elle laisse une cicatrice déprimée, semblable à celle de la variole (acné varioliforme de Bazin). La durée de cette périfolliculite pilosebacée est des plus lentes; jamais on ne peut la confondre avec les lésions ecthymateuses beaucoup plus profondes et avec un siège tout à fait différent.

La *Variole*, avec son éruption, caractérisée par quatre périodes : l'invasion, l'éruption, la suppuration et la dessication; des phénomènes généraux : rachialgie, la fièvre de 40° et 41°, etc., ne ressemble guère au tableau clinique de l'ecthyma térébrant infantile, quoique histologiquement la structure des pustules soit identique. Le tableau symptomatique est purement objectif dans les deux affections; à la fin de la variole, il peut se montrer des pustules d'ecthyma simple.

La *Vaccine*, qui ne provoque habituellement aucune fièvre chez le nouveau-né, est caractérisée par des pustules, constituées vers le 7e jour; la maturation et la suppuration

commencent le 8e jour; le 18e-20e jour restent déjà des cicatrices blanchâtres, gauffrées, indélébiles. Cette affection est inoculable, mais non indéfiniment autoinoculable, comme l'ecthyma, qui ne pourrait être confondue qu'avec une éruption vaccinale généralisée toujours rare, accidentelle et pour laquelle les antécédents ne sont pas difficiles à retrouver.

La *Vaccine ulcéreuse* se forme quand les éruptions impétigineuses, *ecthymateuses*, les lympbangites, des œdèmes lymphangitiques, viennent (vers le 8e-12e jour après la vaccination) compliquer l'ulcération vaccinale, qui ordinairement n'est pas douloureuse. On voit alors une vaccine *ecthymato-ulcéreuse*, même sur les sujets bien portants (Epidémie de la Motte-au-Bois).

La *Varicelle* est une éruption généralisée, vésiculo-bulleuse, se faisant par poussées rapidement successives, fébriles et dont les pustules semblables aux pustules d'ectbyma, accomplissent leur évolution dans trois jours. Elle ne laisse pas de cicatrices comparables à celles de l'ecthyma.

Les pustules ombiliquées de la *Varioloïde* évoluent plus lentement que celles de la varicelle et ont beaucoup d'analogie avec des pustules ecthymateuses, arrivées au même état. La varioloïde a un siège d'élection. C'est la face, tandis que l'ecthyma ne s'y observe que rarement, puis il est inoculable et autoinoculable.

Quant à la *Gangrène infectieuse disséminée de la peau* de certains auteurs, nous ne pouvons dire rien d'autre que ce qu'elle ressemble beaucoup à notre ecthyma térébrant, avec cette différence que sa marche est extrêmement rapide, de sorte que la pustule se forme en 24 heures. Le siège de l'éruption (vésicules ou bulles), la progression

rapide du processus destructif en surface et surtout en profondeur, les complications, le pronostic, sont les mêmes que dans l'ecthyma térébrant infantile. Mais, à côté de l'ecthyma térébrant infantile à forme localisée il existe des formes et des variétés, multiples de lésions ecthymateuses, qu'il est difficile de ranger soit dans les gangrènes cutanées, soit dans les staphyloccies ulcéreuses de la peau. Etant signalés des faits de passage entre l'ecthyma vrai et les lésions, dont précédentes ne pourront être définitivement classées qu'autant que sera connu d'une façon définitivè l'agent pathogène de l'ecthyma térébrant, c'est, donc, surtout, en nous basant sur la clinique qu'a été établi ici un type d'ecthyma térébrant, dont l'existence nous justifions par des observations.

Traitement

Le traitement doit être local, symptomatique et général. Ce qui étonne beaucoup, dans l'ecthyma térébrant infantile, c'est que la médication locale seule donne, dans la plupart des cas, la guérison avec une rapidité surprenante, même si on néglige l'état général (il va sans dire des sujets non cachectiques), le régime alimentaire, etc. Cela prouve encore une fois que cette affection est tout à fait locale, d'origine externe.

Le meilleur agent de la cicatrisation des ulcérations, efficace aussi contre les symptômes douloureux est l'iodoforme, en forme de pommade ou en poudre; seulement, il faut procéder avec précaution, de façon à éviter les intoxications toujours faciles chez les enfants; le diiodoforme, la

poudre d'acide borique, de sous-nitrate de bismuth, le dermatol ou tannate de bismuth, le sous-carbonate de fer, rendent les mêmes services. On lotionne avec l'eau boriquée ou avec le chloral au 10/0. On touche une fois avec la teinture d'iode ou avec le perchlorure de fer. Soins de propreté minutieuse, les compresses d'ouate boriquée, en isolant les éléments pustuleux, empêchent leurs autoinoculations, les bains antiseptiques très doux peuvent être employés pour modérer l'inflammation. Quand celle-ci est tombée, on peut arriver aux bains salés de 1/4 d'heure de durée.

Comme traitement symptomatique, il faut noter les calmants contre l'agitation (antipyrine), les antipyrétiques contre la fièvre (le lactate, le chlorhydrate de quinine), les purgatifs doux, juste pour régulariser les fonctions digestives, et les divers moyens propres à empêcher les fermentations.

L'état général, qui joue un grand rôle dans le développement de l'affection ne doit être négligé non plus. Dans ce but on prescrira le régime fortifiant, tonique : le séjour à la campagne, à la montagne ou au bord de la mer est très salutaire pour l'organisme de l'enfant, mais, en tout cas, il faut choisir des endroits abrités, où le vent et la poussière n'irritent pas les plaies, les yeux ou la gorge, tous les organes très susceptibles chez les enfants. Il faut approprier la nourriture à l'âge des petits malades ; le changement de la nourrice est parfois indiqué chez les nouveau-nés, l'usage du lait bouilli ou stérilisé sans biberon ou avec des tuyaux toujours irréprochablement propres, le tout bien dosé sera le régime non moins nécessaire que la vie au grand air, sans encombrement, ni contact avec d'autres enfants mal tenus. Hygiène de l'habitation, qui doit être sèche, bien aérée, exposée à l'action du soleil, etc. Chez les

enfants plus âgés, qui jouent au grand air, on pourra prescrire les toniques: huile de foie de morue, le sirop iodotannique, les phosphates de chaux, et chez les enfants encore plus âgés, atteints d'embarras gastrique, on fera usage de laxatifs, de vomitifs, d'amers et d'alcalins. *En résumé*, il faut rendre l'organisme plus résistant aux divers agents nuisibles et réaliser les antisepsies interne et externe.

En même temps, on soigne les affections concomitantes si fréquentes: les affections des voies digestives et respiratoires, l'ophtalmie phlycténulaire, l'impétigo, etc., suivant les règles générales. Si l'ecthyma térébrant infantile survient chez un sujet cachectique, la guérison dépend alors tout à fait de l'état général et est bien difficile à obtenir.

Conclusions

I. *L'Ecthyma térébrant infantile* (maladie de Lailler et Fournier) est une forme spéciale, rare de l'ecthyma idiopathique simple et s'observe presque uniquement chez les enfants en bas âge (jusqu'à deux ans après la naissance, rarement plus tard).

II. Il se caractérise par une éruption papulo pustuleuse, qui s'ulcère très vite, d'abord en surface, mais surtout en profondeur, de là sa dénomination de *térébrant*.

III. Inoculable et autoinoculable, de cause occasionnelle, probablement microbienne, c'est une affection locale, d'origine externe, mais ni l'agent de contagion, ni le mode de pénétration et de culture dans l'organisme ne sont encore connus.

IV. Comme causes prédisposantes il faut noter les trou-

bles gastriques, les lésions des muqueuses, surtout celles qui entretiennent le développement des colonies microbiennes, telles que : les bronchites, rhinites, conjonctivites, etc.

Et, d'une façon générale, toutes les causes capables d'affaiblir la résistance de l'organisme et de donner aux agents pathogènes une exaltation de virulence ; à défaut de preuves bactériologiques l'intensité du processus ulcératif cutané étant un témoignage manifeste de cette virulence.

V. Quoique l'état général, *le terrain*, joue un grand rôle dans l'évolution de la maladie, l'éruption peut se faire sur des enfants relativement bien portants, sans aucune tare héréditaire.

VI. La marche de l'éruption peut procéder à la manière d'une affection aiguë ou par des poussées successives, avec des phénomènes généraux ; c'est ce qui s'observe chez les sujets vigoureux. L'éruption peut suivre les autres dermatoses (impétigo le plus souvent) et les maladies générales (fièvres éruptives), mais l'ecthyma térébrant infantile peut, tout seul, déterminer des lésions sur la peau, non touchée antérieurement.

VII. En général, le pronostic n'est pas si grave, si on arrive à temps pour appliquer une médication antiseptique jointe à une hygiène alimentaire convenable ; l'iodoforme est, de tous les antiseptiques, celui qui semble le plus utile, mais il faut avoir soin d'en mettre, avec circonspection, une dose en rapport avec l'âge, le poids et la tolérance du petit malade.

VIII. Exceptionnellement, on voit des formes foudroyantes, dont la marche est si rapide, qu'on ne peut enrayer l'évolution morbide. Tel exemple d'un enfant du service de Laillier, qui est mort avec une ulcération de la largeur de la

paume de la main, laquelle pénétrait profondément et avait amené la dénudation partielle du fémur (Communication orale de M. Barthélemy).

IX. L'entité de cette dermatose semble établie, non seulement pas son aspect clinique, par son évolution, mais encore par ses caractères, qui la distinguent des autres variétés d'ecthyma.

X. Il y a lieu de lui distinguer trois formes cliniques: I. Une forme discrète, constituée par un petit nombre de pustulettes bien distinctes, quoique pouvant être voisines les unes des autres, à durée éphémère et à bénignité si grande, qu'elle peut passer inaperçue.

II. Une forme moyenne, où les éléments occupent surtout la région sous-ombilicale, les fesses et les cuisses et où les éléments ne forment que quelques groupes peu considérables et le plus souvent sont bien isolés les uns des autres.

III. Enfin, la forme intensive, foudroyante, phagédénique, dans laquelle les éléments redoutables par leur abondance et par leurs dimensions, se confondent rapidement les uns avec les autres pour former de vastes pertes de substance et des plaies virulentes, à tendance sans cesse extensive. Cette forme, heureusement exceptionnellement rare, tend à disparaître par les progrès combinés de l'hygiène et de l'antisepsie, car ici encore il faut que le médecin se souvienne des importantes questions de la qualité de *la graine* et *du terrain* (lymphatisme, vitalité héréditairement amoindrie, etc.).

XI. Les affections, avec lesquelles l'ecthyma téréhrant doit surtout être distingué, sont d'abord et avant tout : les syphilides pustuleuses et ulcéreuses, puis le phagédénisme soit du chancre simple, rare chez l'enfant, soit du

chancre syphilitique, et, enfin, la tuberculose aiguë de la peau. Pour les autres dermatoses, nous renvoyons aux chapitres de notre thèse relatifs au diagnostic différentiel.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. FOURNIER.

Vu :
LE DOYEN DE LA FACULTÉ,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.



OBSERVATIONS

—

I. — Observation

—

Ecthyma, roséole, pneumonie, etc.

(*Thèse, Asselin,* 1827).

Boulangier Eugénie, âgée de 2 ans, née à Paris, entre à l'hôpital des Enfants Malades, salle Sainte-Cécile, n° 9, le 2 juin 1826. Elle avait le teint frais, la peau rose, la figure pleine, les cheveux blonds. Elle était revenue de nourrice six semaines auparavant et alors elle portait à la fesse droite un *clou, disent les parents,* qui fournit beaucoup de pus. Depuis il en vient d'autres qui donnèrent lieu à des ulcérations, qui suppuraient encore. Ces ulcérations nombreuses occupaient les lombes et les fesses; elles étaient livides, d'une ligne et demie de diamètre; quelques-unes étaient plus larges et irrégulières, elles attaquaient toute l'épaisseur du derme et étaient comme produites par un emporte-pièce, la plupart avaient leurs bords décollés. On voyait auprès de ces ulcérations quelques croûtes d'un jaune brun, de forme assez irrégulière, peu saillantes.

Sur la partie antérieure des fesses existaient des pustules dont la base était rouge, proéminente; le sommet, légèrement aplati d'une ligne environ de diamètre, contenait une

matière sanieuse et était violacé au centre. On ne distinguait ni pustules, ni vésicules dans le cuir chevelu; mais à la racine des cheveux il y avait des écailles minces, qui s'enlevaient facilement; à quelques endroits étaient des croûtes larges, irrégulières, d'un jaune clair, sèches, friables et se détachant en écailles; à deux autres places les croûtes étaient plus dures, d'un jaune verdâtre, plus épaisses. La malade éprouvait depuis longtemps un écoulement par les oreilles. Le bord des paupières était rouge et enflammé; les parties génitales étaient rouges, les grandes lèvres boursouflées; il existait un écoulement de matière blanchâtre, fétide par la vulve.

Depuis 3 jours Boulangier se plaignait beaucoup, elle portait souvent sa main à son front; le sommeil était interrompu par des réveils brusques, des cris aigus; soif vive; nausées, pas de vomissements, diarrhée abondante de matières jaunâtres; pas de toux; 112-116 pulsations; peau chaude (bain de son, saupoudrer les grandes lèvres avec de l'amidon; recouvrir les ulcérations avec des compresses enduites de cérat; tisane de mauve avec sirop de gomme, julep gommeux, lait).

Le 6 plusieurs des ulcérations tendaient à se cicatriser, leurs bords étaient moins décollés, elles étaient vermeilles depuis deux jours. Les pustules des cuisses étaient pour la plupart ulcérées, mais moins profondément que celles du dos. Un peu de diarrhée; toux.

Le 8 plusieurs ulcérations du dos étaient cicatrisées, celles des cuisses marchaient aussi vers la guérison. De nouvelles pustules, dont la base était rouge, élevée et dont le sommet contenait un peu de pus, s'étaient développées sur le dos et sur les cuisses.

Le 10. Eruption des vésicules miliaires inégalement dis-

séminées et ayant une auréole rose tres étendue, ces vésicules siégeaient sur l'abdomen et sur la partie antérieure et droite du thorax. Les ulcérations des lombes, des fesses et des cuisses étaient moins profondes. Il existait encore plusieurs croûtes anciennes, brunâtres, peu saillantes et de forme irrégulière. La plupart des pustules développées les dernières offraient à leur sommet une croûte brunâtre : cette croûte, à quelques-unes, était entourée d'un petit cercle purulent.

Le 15. Les petites vésicules étaient desséchées et remplacées par une desquamation qui s'étendait du centre à la circonférence, en formant des cercles irréguliers dont quelques-uns avaient jusqu'à un pouce de diamètre. Les pustules, qui avaient paru quelques jours auparavant, étaient remplacées par des croûtes adhérentes, brunes, solides, excepté les plus petites au sommet desquelles il s'était fait une desquamation de l'épiderme. Les ulcérations étaient pour la plupart cicatrisées et laissaient des taches violacées, luisantes, un peu déprimées.

La rougeur érythémateuse des parties génitales s'était étendue aux aines; l'écoulement était moindre. Tout le corps en général, mais d'une manière inégale, était recouvert de taches roses, dont un petit nombre était confluentes. La peau est sèche; elle conservait sa teinte naturelle dans l'intervalle des taches. Un peu de toux, mais pas d'éternuements; pouls à 116, diarrhée fétide, criailleries (tisane de riz avec sirop de gomme, lait, bain).

Le 17. Des plaques de roséole existaient encore; diarrhée, toux, affaiblissement, amaigrissement considérable depuis l'entrée à l'hôpital. La mort eut lieu le 18 juin.

Autopsie cadavérique. Sur les jambes, il y avait des taches violettes, marbrées. La plupart des ulcères étaient

cicatrisées; il restait encore quelques croûtes brunes et sèches.

Tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques et mésentériques. Lésions de la pneumonie fibrineuse double. Dans le jejunum, présence des ascarides; quatre ulcérations elliptiques de l'iléum; rate petite, dense; reins gorgés de sang.

II. — Observation

Caillault. 1859. Traité des maladies de la peau chez les enfants.

Observation d'une petite fille cachectique présentant des lésions cutanées simulant la syphilis.

Urson (Zénaïde), âgée de 28 ans, entrée le 6 avril 1858, à l'hôpital, n° 16, de la salle Sainte-Cécile, service de M. le professeur Natalis Guillot. Cette femme, au moment de son entrée, était enceinte de 5 ou 6 mois; elle est très petite, assez délicate; sa fille pour laquelle son admission a été autorisée est âgée de 26 mois. Les renseignements fournis par la mère: plusieurs enfants, tous sains et bien portants. Elle n'a jamais eu d'affection vénérienne et elle est aussi affirmative pour le père et les enfants.

Enfant, présente un aspect extérieur chétif, malingre, sa conformation est normale, mais très peu développée pour son âge, la dentition est en retard. Ventre gros, les yeux affectés d'ophtalmies légères, les chairs sont molles

et flasques. Le corps est presque complètement couvert par une éruption complexe. Sur la partie antérieure et supérieure du tronc, cette éruption est surtout papuleuse. Aux lombes et autour des parties génitales et anales, les vésicules et les pustules dominent. Celles-ci ont des dimensions très variables, les unes sont largement remplies de pus et prennent parfaitement *l'aspect de l'ecthyma*, les autres sont, au contraire, petites, acuminées, se développant sur des surfaces érythémateuses plus ou moins larges. On voit également sur toute la surface du corps, mais principalement vers les parties inférieures, des taches nombreuses, d'un rouge sombre, comme cuivrées, qui semblent formées par l'existence de pustules arrivées à la guérison, et n'ayant laissé que cette seule trace. On est conduit à cette opinion en voyant des teintes variées et des degrés différents dans ces évolutions; il est même possible de saisir en quelque sorte tous les âges de ces transformations successives.

On voit également sur le tronc des cicatrices rondes, déprimées, qui rappellent exactement celles que laisse après elle la variole, après une longue période de temps écoulé depuis sa disparition. Enfin, à la fourchette vulvaire, il existe des saillies rappelant les condylômes chez les adultes. Ces saillies sont muqueuses et cutanées, formées par un tissu de cicatrice s'étant développé évidemment sur des ulcérations siégeant à la jonction de la peau et de la muqueuse génitale. Ces appendices, dont la saillie ne dépasse pas quelques millimètres, concourent par leur présence et l'aspect de ces éruptions cutanées, ainsi que l'existence d'un coryza intense, à faire croire à la syphilis. De plus, il existe, dans les aines, deux chapelets ganglionnaires volumineux, formant une série de tumeurs indolentes d'un volume égal à celui d'une grosse noisette. En

explorant sous les doigts ces tumeurs, on reconnait qu'elles sont formées par les ganglions inguinaux dont elles occupent les régions; la peau qui les recouvre n'offre aucune animation. La mère fait observer qu'il y a déjà plusieurs mois que l'enfant présente ainsi ces grosseurs.

Un traitement antisypbilitique complet fut institué en conséquence peu de jours après l'entrée de la malade. Ce traitement fnt suivi jusque vers la fin de mai, sans aucune espèce d'amélioration appréciahle. Les *pustules d'ecthyma cachectique*, non seulement persistèrent, mais de nouvelles apparurent en grand nombre surtout au lombes. L'érytbême, les condylômes et les bubons restèrent entièrement stationnaires.

L'enfant perdait de plus en plus ses forces, les digestions devenaient plus mauvaises encore, la diarrbée se montrait de temps à autre. Les bains de sublimé paraissaient quelquefois améliorer l'aspect ulcéreux des pustules d'ectbyma, mais l'état général ne s'améliora nullement. Il fallut, vers la fin de mai suspendre le traitement antisyphilitique. On y substitua des bains d'écorce de chêne, des juleps au quinquina, du vin de Bordeaux et une nourriture animalisée. Pendant environ 15 jours on put croire à une amélioration sous l'influence du nouveau régime, les affections cutanées avaient un meilleur aspect, l'enfant paraissait plus forte et avoir un peu plus de mouvement et d'appétit. Mais cette amélioration ne se soutint pas dans le cours du mois de juin, l'enfant dépérit, la peau et les muqueuses se soulevèrent de plus en plus, la fièvre devint constante et la diarrhée s'établit d'une façon presque régulière.

Enfin, dans la première semaine du mois de juillet, tandis que les lésions cutanées s'éteignaient peu à peu sans toutefois perdre leur coloration rouge sombre, la principale

tumeur ganglionnaire de l'aine droite s'anima, la peau peu à peu devint rouge et. vers le 16 juillet, la suppuration était évidente par la fluctuation.

Il en résultait, dans l'aine droite, une petite tumeur grosse comme l'extrémité du doigt qui se détachait du reste du chapelet ganglionnaire induré par la coloration rouge vif, comme cela arrive au moment de l'ouverture spontanée d'une collection purulente.

L'état général est de plus en plus grave, tout laisse prévoir la fin prochaine de cette petite fille dans un marasme complet. L'auscultation révèle dans les deux poumons l'existence de gros râles humides.

Il est impossible de croire à l'existence d'une syphilis; toutes ces lésions cutanées sont évidemment sous la dépendance d'une cachexie, et, comme il n'est que trop malheureusement probable, cachexie tuberculeuse dont les progrès seront inévitables.

III. — Observation du Dr Lailler.

Ecthyma gangréneux chez un enfant

(Muzelier, Thèse, 1876).

La nommée V..., âgée de 12 mois, entre le 2 avril 1873, salle Sainte-Foy, n° 17, service de M. le Dr Lailler.

Cette petite fille normalement constituée, n'a aucune maladie depuis sa naissance. Depuis 10 jours environ, il s'est développé, après trois jours de fièvre et d'agitation, une éruption ecthymateuse, qui a déterminé sur le corps

de l'enfant de profondes ulcérations. Celles-ci sont disséminées sur le tronc, principalement sur la moitié latérale gauche. Elles sont régulièrement arrondies, à bords rouges taillés à pic; elles comprennent toute l'épaisseur de la peau. Le fond semble formé par l'aponévrose d'enveloppe, il est recouvert d'un peu de pus. Sur quelques-unes d'entre elles l'eschare n'est pas entièrement détachée.

Sur divers points, le mal n'a pas acquis autant d'étendue et en examinant les fesses, on y voit des taches rouges un peu saillantes avec une croûte centrale qui représente la lésion élémentaire à un moindre degré de développement.

Au dire de la mère, toutes les grandes ulcérations ont, à un moment, présenté le même aspect. Lorsqu'on soulève la croûte centrale, on découvre au-dessous d'elle un liquide purulent et une ulcération peu profonde.

On ne trouve rien sur les bras ni sur les avant-bras, la main gauche porte une pustule, il y a également quelques petites pustules éparses sur la figure.

L'affection reparaît avec des caractères analogues sur le cuir chevelu. On y voit des taches rouges recouvertes de croûtes jaunâtres qui marquent des ulcérations. Rien aux parties génitales, ni dans la bouche. Pas d'engorgement ganglionnaire.

L'origine de cet ecthyma est obscure. L'état général paraît satisfaisant et dans les jours qui ont précédé l'éruption, la mère n'a remarqué aucun changement dans le caractère de l'enfant. Peut-être y a-t-il lieu de soupçonner une affection syphilitique chez le père, mais la mère ne peut donner à cet égard aucun renseignement certain. Elle-même ne présente rien de caractéristique, seulement elle laisse voir sur le derrière de la tête, de chaque côté, au niveau de la région mastoïdienne, une éruption en voie de

disparition, constituée par des éléments légèrement saillants, isolés les uns des antres et recouverts d'une desquamation furfuracée. Aucune trace de lésions sur le dos ni sur la poitrine. Un peu au-dessus du sillon interfessier existe une large surface ulcérée recouverte de croûtes et entourée d'une zone inflammatoire un peu dure. Ganglions volumineux dans l'aine du côté gauche. Pas de ganglions à droite. La malade affirme n'avoir jamais eu de boutons aux parties. Actuellement elle est indemne de toute lésion de ce côté. Rien autour de l'anus. En examinant le penil, on y trouve à droite, en dehors de l'implantation des poils, une éruption, constituée par des cercles érythémateux incomplets. 1873, 6 avril. Il se développe çà et là sur le corps de la mère et particulièrement sur les seins de petites pustules à base indurée ressemblant à de l'ecthyma.

L'état de l'enfant s'améliore beaucoup. Le fond des ulcères commence à s'élever, leur étendue décroît visiblement, mais dans les intervalles qui les séparent, on voit se développer, peut-être sous l'influence des moyens topiques employés, de petites vésicules pleines d'un contenu purulent et entourées d'une auréole inflammatoire.

Le 11. Les ulcères sont recouverts de bourgeons charnus.

Le 16. L'enfant quitte l'hôpital en bon état. Les ulcérations ne sont pas encore guéries, mais elles sont à peu près entièrement comblées par le travail de réparation.

IV. — Observation

(*Jarry, Thèse, 1880*).

Affection ulcéreuse de la peau, à marche très rapide, chez un enfant de 14 mois.

(Extraite de l'*Union Médicale*, 1879. 3. 3)

Communication du Dr Dujardin-Beaumetz

Charles B..., 14 mois, entre avec sa mère dans la salle Sainte-Marie (hôpital Saint-Antoine, no 16), service de M. Dujardin-Beaumetz, le 28 mai 1878.

La mère est forte, aucune affection dans son passé. Aucun signe de diathèse. Elle a eu cinq enfants, tous bien portants, jamais de fausse couche. Au dire de la mère, le père a toujours été vigoureux et n'a jamais cessé de vaquer à ses occupations habituelles.

L'enfant a 14 mois (c'est son dernier), il s'est toujours très bien porté jusqu'en ces derniers temps; jusqu'à dix mois il a pris le sein, et uniquement le sein de sa mère. A 10 mois on lui a donné du lait de vache et du bouillon, en continuant le sein, qu'il tette encore actuellement. A cette époque se déclare une toux d'abord peu intense, mais qui, peu à peu, augmente.

Pendant trois semaines environ, elle était si légère, que la mère ne s'en est nullement inquiétée.

Plus tard, Convulsions et vomissements répétés, oppression croissante, aucune tache, aucune croûte, rien au nez,

rien à l'anus. D'ailleurs, l'enfant continue à se nourrir. Ventre normal, pas de diarrbée.

Le 25 avril 1878, la mère est forcée d'aller en province; elle emporte son enfant dont l'état persiste jusqu'au 24 mai.

Le 24 mai, la mère et les personnes qui l'entourent, ditelle, constatent une diminution de la toux et de l'oppression de l'enfant; il se fait *un calme frappant*, l'enfant dort, tette; pas de diarrbée.

Dans la nuit du 24 au 25 mai, la mère aperçoit des taches rouges à la partie postérieure de la fesse droite et au genou droit.

Le 25 mai, ces taches sont plus nombreuses, rapprochées, plusieurs sont ulcérées; presque pas de suppuration, l'enfant respire facilement, tousse peu, mais crie beaucoup, tient sa jambe fléchie sur la cuisse, sa cuisse sur le bassin.

La mère revient à Paris. Le 28 elle entre dans la salle Sainte-Marie. L'état local de l'enfant est le suivant : aux membres supérieurs, sur le tronc, à la face, rien. Les fesses et les membres inférieurs sont malades.

1° Du côté gauche, presque rien, du côté droit presque tout. C'est à la partie postérieure du membre inférieur droit, que se trouvent accumulées les altérations, et principalement du tiers inférieur de la cuisse au tiers inférieur de la jambe.

Entre ces deux points extrêmes, le membre inférieur est une vaste ulcération presque complète, dont la profondeur, qui s'étend jusqu'aux muscles est à peu près égale en tous points. Le contour de cette large surface ulcérée est net, taillé à pic. Mais, d'après les réponses que nous fait la mère, et surtout d'après l'aspect que présentent çà et là les parties altérées, on comprend facilement le mode d'évolu-

tion de la maladie. En plus d'un point, en effet, nous retrouvons des ulcérations de volume variable (les unes petites comme un pois, les autres plus grandes qu'une pièce de 50 centimes), qui ne sont pas encore confondues avec le reste des parties ulcérées, et ces petites ulcérations isolées sont taillées à pic, comme à l'emporte-pièce, le fond en est rougeâtre, ou plus ou moins purulent, mais en général à peine purulent. Autour du bord existe une circonférence d'un rouge bleuâtre, peu marquée. On rencontre çà et là, d'une extrémité à l'autre de la surface malade, des restes de peau, qui limitaient des ulcérations précédemment distinctes, maintenant confondues entre elles. Ces parties de bords ont conservé leur forme arrondie; elles sont complètement isolées au milieu des parties ulcérées, véritables îlots qui dépassent les surfaces environnantes d'une hauteur maximum de près d'un demi-centimètre en plusieurs points.

2° Si nous examinons la fesse gauche, nous y trouvons des altérations analogues (mais à une période moins avancée) particulièrement intéressantes; elles nous permettent de suivre facilement l'évolution de la maladie, parce qu'elles se montrent à des degrés divers et toutes isolées. Nous voyons, en effet, sur cette fesse, de petites taches d'un rouge pâle; elles sont arrondies et leur diamètre est en général celui d'une tête d'épingle, quelques-unes sont plus grandes, les premières sont rapprochées, les secondes éloignées les unes des autres; point d'élevures, point d'inégalité de surface ou de coloration, ni à l'œil nu, ni à la loupe. Sur quelques-unes de ces taches, on voit au centre un point se déprimer en se fendillant; c'est ainsi que débute l'ulcération. Dès lors cette ulcération ne fait que grandir en tous sens, mais surtout en profondeur; elle

pénètre ainsi le tissu cellulaire sous-cutané; pendant ce temps, elle s'étend très peu en surface, et ce n'est que quand elle a atteint une profondeur assez notable déjà que ses progrès dans le sens transversal deviennent rapides.

Quant à sa forme, si au début elle n'est pas très nettement circulaire, à peine l'ulcération a-t-elle atteint les dimensions d'une tête d'épingle que déjà son contour est arrondi, comme cette tête. L'ulcération continue à gagner en tous sens; elle se réunit à ses voisines. Les bords taillés avec ulcérations primitives, bords taillés à pic, disparaissent, mais le bord nouveau, commun à plusieurs ulcérations réunies en une seule, reste identique aux précédents, A la marge de l'anus, dans le pli de l'aine, nous trouvons des ulcérations analogues, dont la forme se modifie légèrement, suivant la disposition des parties; c'est ainsi que le pli de l'aine est presque entièrement occupé par une ulcération étendue en longueur, mais très peu en largeur, dessinée par les limites mêmes de ce pli. Le fond en est gris, purulent, comme partout ailleurs.

3° Sur le membre inférieur du côté gauche, un peu audessous de la fesse se trouve une ulcération isolée, arrondie, ayant les dimensions d'une pièce de 20 francs, d'un aspect assez caractéristique, pour que la plupart des personnes qui la voient tombent d'accord qu'elle rappelle tout à fait l'aspect d'une gomme ulcérée.

4° Nous trouvons sur le palais et aussi sur le voile du palais, des ulcérations arrondies, blanchâtres, nombreuses, mais petites; deux ou trois sont grandes comme un pois, ce sont les plus grandes; leur fond est blanchâtre, leurs bords sont à pic.

5° Le nez et les fosses nasales sont intacts, sans présenter les signes caractéristiques de la syphilis infantile.

6° Rien ailleurs; dans la poitrine des râles abondants de bronchite. L'enfant pleure beaucoup; peu de sommeil; tette assez bien.

Traitement. — Sirop de chloral à l'intérieur. Pansement trois fois par jour, avec solution de chloral à 10 0/0; une demi-cuillerée à bouche dans un verre d'eau.

29 mai. L'état a empiré. Les fesses sont plus malades; certaines ulcérations, encore petites la veille, ont grandi, plusieurs ulcérations nouvelles ont apparu et ont évolué rapidement en une seule nuit (du 28 au 29 mai). La marge de l'anus qui, hier, était peu malade, est entourée d'ulcérations. Du côté gauche, toujours peu de chose, relativement. La maladie commence à gagner le dos et le ventre. L'enfant est un peu pâle, dort peu, tette bien pourtant. Lait et vin.

1er juin. Sur le dos, sur le ventre, plusieurs ulcérations encore petites. Sur le membre droit où la maladie a débuté, du tiers inférieur de la cuisse au tiers inférieur de la jambe, on n'aperçoit plus qu'une vaste surface profondément et assez généralement ulcérée, presque jusqu'aux muscles. Presque pas de pus; à la partie inférieure de cette surface ulcérée, on voit un bord noirâtre, gangréneux, sec.

4 juin. Tous les points cutanés (du membre droit) ont disparu sauf un petit point de la partie inférieure.

Actuellement, sur le membre droit, les parties ulcérées s'étendent depuis l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse (et même plus haut) jusqu'à l'union du tiers inférieur au tiers moyen de la jambe.

Depuis deux jours, la suppuration qui existait à peine auparavant est assez abondante. L'ulcération ne gagne plus en étendue, mais en profondeur. Son aspect a changé, sa coloration est sombre, noire en plusieurs points, ou d'un rouge grisâtre. Quant aux petites ulcérations isolées, elles

ne progressent plus, ni en surface, ni en profondeur, elles sont desséchées. Le palais et le voile du palais sont à peu près dans l'état où ils se trouvaient le premier jour. Les points cutanés ont disparu, sauf en un point de la partie inférieure de l'ulcération. Actnellement, la partie ulcérée du membre inférieur droit occupe toute sa partie postérieure, depuis l'union du tiers moyen avec un tiers inférieur aussi de la cuisse et même un peu plus haut, jusqu'à l'union dn tiers inférieur avec un tiers moyen de la jambe. La surface, depuis deux jours, suppure beaucoup, elle ne suppurait pas au début. Elle n'a point gagné en étendue ni en profondeur, mais son aspect a changé.

6 juin. Aujourd'hui elle est presque sèche; sa coloration est sombre, noirâtre en plusieurs points, d'un rouge grisâtre. Quant aux petites ulcérations isolées, elles n'ont plus augmenté de surface, ni de profondeur; elles sont aussi desséchées. La grande ulcération de la fesse gauche est maintenant sèche, brune et ronde, grande comme une pièce de 20 francs. On dirait de l'ecthyma.

Le palais et le voile du palais sont dans le même état. A la face palmaire des mains et plantaire des pieds on trouve de petites escbares.

Les ulcérations offrent de petites croûtes nombreuses. L'enfant a maigri, pâli, ne tette plus; diarrbée; tousse, mais moins qu'autrefois; râles de bronchite dans la poitrine.

6 juin. L'enfant est mort dans la matinée. L'affection est représentée par une pièce au Musée de Saint-Louis, n° 335, sous la dénomination Ecthyma ulcérans.

Autopsie (par Parrot). — Diagnostic : éruption syphilitique, mais non s'appuyant pour cela sur les lésions cutanées, qui ne lui parurent pas assez caractéristiques : il y

avait des ostéophytes du crâne, puis des côtes avec nodosités en forme de chapelet de chaque côté (1) et ramollissement des os longs, de l'humérus en particulier; granulations peu avancées dans les poumons, la dégénérescence graisseuse du foie et augmentation du volume des ganglions bronchiques. (Parrot, Leçons professées à l'hôpital des Enfants assistés, 1880).

V. — OBSERVATION

Ulcérations simulant la syphilis chez un enfant.

(*Recueillie par M. Pillon*; extraite de la thèse de M. Vidal : De la syphilis congénitale. Thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1880.)

Une femme entre à l'Hôtel-Dieu en novembre 1879, avec son enfant âgé de quelques semaines. Il est gras, bien portant, a teint clair, tétant bien, dormant bien, criant à cause des souffrances que lui causent deux ulcérations de la peau du mollet droit. Elles sont arrondies, de la largeur de pièces de 50 centimes, à bords relevés, taillés à pic, à fond blafard, noirâtre et gangréneux en quelques points. Sur le scrotum, dans les plis génitaux-cruraux, entre les fesses, au pourtour de l'anus, une grande quantité d'érosions superficielles, non soulevées, sur lesquelles l'épiderme est enlevé comme à l'emporte-pièce, avec des bords comme macérés.

Ces érosions n'ont guère chacune que 2 à 3 millimètres

(1) Parrot. *Leçons professées à l'hôpital des Enfants assistés*, 1888.

dans leur plus grande étendue ; massées en certains points, confluentes, rarement réunies en plaques, elles ne ressemblent en rien à l'agglomération de plaques muqueuses, pour qui les connaît. Leur intervalle est comblé par une *rougeur érythémateuse intense*, qui s'étend en bas sur les cuisses, et en dehors de laquelle se voient quelques *élevures ecthymateuses* isolées, disséminées, revêtues d'une pellicule amincie, d'un rouge foncé, livide même, prête à s'ulcérer.

La mère se porte bien. Elle a perdu la luette anciennement ; elle porte une dépression de la voûte palatine. Au premier aspect on juge la mère et l'enfant sypbilitiques. Mais un examen plus attentif apprend que la mère a eu la luette amputée, pour excès d'amplitude, par Roux, dix ans auparavant, que la dépression palatine est congénitale, et qu'enfin le père n'a jamais eu la vérole.

Dans le doute, on se borne à l'expectation, aux soins d'excessive propreté, aux bains, au linge sec, à la poudre d'amidon, de lycopode ou de bismuth, et on laisse la mère sans traitement. Au 17e jour, la cicatrisation de ces ulcérations, simulant des gommes ulcérées du mollet, était complète, et il n'y avait plus trace de l'intertrigo purifluens, si étendu des cuisses et des fesses qu'on avait été sur le point de confondre avec des plaques muqueuses.

« Ce tableau, ajoute M. Pillon, représente l'aspect le plus habituel des enfants que des nourrices apportent à Lourcine pour savoir s'il n'y a pas danger pour elles à les allaiter. C'est le résultat de la malpropreté et de la macération dans l'urine. Et cela joue la manifestation spécifique à s'y méprendre ».

VI. — Observation

Ecthyma térébrant gangréneux chez un enfant

(*Jarry, Thèse 1880*).

(Communiquée par M. le Docteur Laillier, recueillie par M. Poulin, interne de service). Abrégée.

Le nommé V., âgé de 11 mois, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Foy, lit n° 5, le 11 février 1880.

Mère toujours bien portée, s'est mariée à 17 ans; à présent elle a 23 ans.

Le mari est faible, tousse beaucoup, a souvent des boutons sur le front (probab. acné). Pas de syphilis.

De quatre enfants : le 1er avant son mariage à 16 ans et demi, le père de cet enfant est mort, ne paraissant pas du reste être affecté d'une maladie de peau. Ce premier enfant est mort à l'âge de six semaines à la suite de convulsions; il était né à terme, sans taches, ni boutons sur le corps.

De son mari elle a eu trois enfants : le premier est mort à 14 mois et demi de choléra infantile; il était né à terme et n'avait jamais eu de manifestations cutanées sur le corps.

Le deuxième enfant, une petite fille, toujours chétive et délicate, toujours malade depuis son enfance. N'a jamais eu de boutons sur le corps, mais elle a en ce moment, paraît-il, beaucoup de gourme; il y a 2 ans elle aurait eu un abcès au cou, et maintenant à la suite de l'application d'un thapsia, elle aurait depuis 7 semaines une plaie à la nuque.

Le troisième, un petit garçon de 11 mois, entre aujourd'hui à l'hôpital avec sa mère; cet enfant est né à terme, il n'avait rien sur le corps en venant au monde et se portait bien pendant les premiers mois.

La maladie actuelle aurait débuté il y a 1 mois seulement par des bulles remplies d'eau sur le ventre, comme une brûlure, dit la mère; ces bulles percèrent, laissant écouler un liquide semblable à de l'eau et depuis sont restées des ulcérations.

11 février. Etat actuel de l'enfant. Il existe sur le ventre des ulcérations, au nombre de dix environ, dont trois sont beaucoup plus considérables que les autres : la première, de la dimension d'une pièce de 2 francs, nettement arrondie, située à 5 centimètres au-dessus et un peu à gauche de l'ombilic. Bords taillés à pic, entourés d'une auréole rouge, peu intense; le fond, assez sec, est grisâtre, sanieux et il semble qu'on aperçoive à ce niveau des fibres aponévrotiques. L'ulcère paraît donc occuper la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Une deuxième ulcération, plus grande, est située à droite de l'ombilic, présentant une forme irrégulièrement triangulaire; elle a 7 centimètres dans le sens vertical et 4 centimètres transversalement dans le point le plus large; les bords en sont taillés également comme à l'emporte-pièce, mais festonnés, surtout du côté droit de l'ulcère. Le fond est gris, sanieux, assez sec comme celui de la première ulcération; la lésion semble également occuper la peau et le tissu cellulaire.

Une troisième ulcération de trois centimètres dans sa plus grande dimension, ovale et parallèle à l'arcade de Fallope du côté droit, présente les mêmes caractères. Il existe encore sur le ventre 5 ou 6 autres ulcérations beaucoup plus petites qui présentent des caractères identiques.

A la face interne de la cuisse droite nous trouvons encore une ulcération ovale, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, profonde en entonnoir, intéressant au moins la peau et le tissu sous-cutaneux.

La peau du voisinage est tendue et d'un rouge vif. Le fond de l'ulcère est jaunâtre et pultacé.

Nous trouvons encore une ulcération présentant le même aspect, un peu plus petite *dans la région trochantérienne* du côté droit; une autre sur la fesse gauche; autour de ces ulcérations, induration très marquée; enfin une ulcération analogue plus petite qu'une pièce de 50 centimes sur la face interne de l'annulaire droit : la phalange ne paraît pas atteinte; quelques croûtes sur le front.

Le foie paraît légèrement augmenté de volume; les ganglions lymphatiques ne sont pas engorgés; rien dans la gorge. — *Etat de la mère*. bien portante, pas de cicatrices sur le corps; elle nourrit son enfant et a encore du lait en abondance.

Traitement. Bain simple; iodoforme en poudre sur les ulcérations.

Lavement : chloral, 1 gramme; 50 centigrammes d'iodure de potassium à la mère; à l'enfant une cuillerée à café de solution à 5 0/0.

13 février. L'autre enfant, une petite fille de 4 ans, entre à l'hôpital également. Cette enfant a dans le dos, entre les deux épaules, plusieurs ulcérations à bords serpigineux, analogues à celles de son frère, mais en voie de cicatrisation, comblées par des bourgeons charnus. Ces ulcérations ont été plus profondes, comme celles actuelles de notre petit malade ; elles auraient commencé par des boutons à

la suite de l'application d'un thapsia dans la première semaine de janvier.

14 février. Légère amélioration, bourgeonnement des bords. La mère se plaint de maux d'estomac; la nature syphilitique de l'affection n'étant pas nettement démontrée, l'iodure de potassium est supprimé à la mère et à l'enfant. Iodoforme est continué à l'extérieur.

19. Les ulcérations du ventre bourgeonnent et vont mieux; celle de la face interne de la cuisse droite est toujours très profonde avec induration périphérique; cette ulcération a 17 millimètres de profondeur.

23 février. Progrès rapides; les ulcérations ont notablement diminué de profondeur.

11 mars. Les ulcérations diminuent considérablement de profondeur et d'étendue; l'état général est bon, quand une bronchite vient entraver la guérison.

Poudre d'ipéca . . . . 0,25 centigrammes
Sirop d'ipéca. . . . . 15 grammes

Les ulcérations de l'autre enfant sont cicatrisées; un seul petit point reste que l'on est obligé de toucher au crayon.

13 mars. On entend des râles nombreux dans les deux poumons.

14 mars. L'état général est grave; les râles existent toujours en grande abondance; prostration extrême, l'enfant refuse le sein.

Potion avec cognac . . . . 15 grammes
Sirop d'ipéca. . . . . 15 grammes

15 mars. L'enfant a succombé.

M. le professeur Fournier pensait que cette affection est un ecthyma simple ulcéreux, térébrant, analogue aux lésions qui surviennent chez les individus cachectiques. enfants ou vieillards.

On peut voir le moulage de l'abdomen au Musée de Saint-Louis, sous le n° 660; le moulage de la cuisse droite se trouve sous le n° 350 de la collection particulière de M. le professeur Fournier.

Le second enfant a guéri seul. Il présentait des lésions tout à fait analogues à celles de son frère.

VII. — Observation

Ecthyma infantile gangréneux d'origine probablement paludique.

Empruntée à la publication du Docteur Pineau dans l'Union médicale de 1885.

(Charmoy. *Thèse*, 1890).

Il s'agit d'une enfant de la plus belle venue, grasse, fraîche, vive, deux dents, élevée au biberon et n'ayant pas présenté depuis sa naissance, elle a maintenant 11 mois et demi, un seul jour de maladie.

Mais c'est la fille du jeune homme dont j'ai eu l'honneur de présenter l'observation il y a un an, sous le nom de « gangrène paludique (probablement) du petit doigt », — et cette enfant a été conçue alors que son père, incomplètement guéri, n'avait pas achevé l'élimination de ses eschares.

Donc, le 22 juillet dernier, sans cause connue, j'écarte la coïncidence d'une vaccination datant de 3 semaines mais qui fut normale en son évolution, faite de bras à bras, le vaccinatif étant sain et un autre enfant inoculé avec le même

virus n'ayant rien présenté — sans cause connue, dis-je, cette enfant est prise brusquement après vingt-quatre heures de prodromes, de fièvre, puis au bout de peu d'heures, d'une éruption qui marque le cou et le menton d'une douzaine de bulles inégales, discrètes, violacées, et vingt-quatre heures ne sont pas de nouveau écoulées que l'épiderme est décollé et qu'un engorgement sous-maxillaire survient, qui n'a d'égal que celui de la diphtérie la plus infectieuse, témoignant ainsi de la gravité exceptionnelle de la maladie.

Dans la nuit l'enfant s'agite, étouffe et brûle. Je la vois le lendemain, trente-six heures après le début; le pouls 160, température 40°. Les plaques sont au nombre de douze, de dimensions variées, arrondies ou oblongues, la plus large siège au menton, elle égale une pièce de 50 centimes; deux ou trois vers chaque commissure, autant dans les plis du cou, une vers la poignée du sternum, enfin deux vers la clavicule droite. Celle du menton seule est recouverte d'une croûte brunâtre; toutes les autres n'apparaissent que comme des taches au niveau desquelles l'épiderme décollé laisse voir le derme noir, desséché et flétri.

L'éruption et la mortification ont été complètes en moins de vingt-quatre heures.

Prescription : Ipéca, potion; ext. quinquina salicylé, malaga, lotions et cataplasme.

Le 25, même aspect de l'éruption, même traitement sauf l'ipéca.

Le 26, prostration plus marquée, peau sèche, toux, diarrhée persistante; muguet, pouls 140 en contradiction avec la température qui est de 37°,9. Les eschares commencent à s'éliminer avec l'aspect de rondelles de cuir macéré, entraînant sous elles des filaments aponévrotiques sphacélés. Les bourgeons charnus sont blafards.

Le 27. Toutes les eschares sont tombés, moins deux. Pouls 120, température 37°,5, pansement au vin de quinquina phéniqué.

Le 30. La petite malade reprend sa bonne mine. Les plaies deviennent plus animées, mais elles effrayent par leur profondeur, leurs bords décollés ou taillés à pic; celles de la partie inférieure du cou semblent près de plonger dans la poitrine.

Le 3 août. Les petites ulcérations sont cicatrisées. Eruption prurigineuse avec vives démangeaisons qui disparut en peu de jours.

Le 12. La dernière plaie est cicatrisée et l'enfant est aussi bien portante qu'elle l'ait jamais été.

VIII. — OBSERVATION *(Abrégée)*

Ecthyma térébrant de l'enfance. Recherches bactériologiques. G. Baudouin et L. Wickham.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1888).

La jeune B.., qui entre le 27 mai 1888, dans le service de M. le Professeur Fournier, au n° 12 de la salle Henri IV, est une enfant de 19 mois, d'apparence délicate, pâle, un peu maigre, assez mal développée.

Aucune hérédité morbide du côté des parents, qui sont bien portants; la mère est mariée depuis 2 ans et demi, n'a pas eu d'autre enfant, ni fait de fausse couche.

Notre petite malade n'avait rien présenté jusqu'à l'âge

de 16 à 17 mois, quand il y a 2 mois environ, son œil droit devint malade, mais sur la nature de cette affection nous ne pouvons nous prononcer; elle est disparue sans traitement, ne laissant d'autre trace qu'un petit pterigion de forme triangulaire, d'une couleur grisâtre opaline et très visible actuellement.

Il y a environ trois semaines, apparut, sur la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, une petite pustulette que la mère compare à un bouton de vaccin, et qui, en quelques jours, atteignit les dimensions d'une pièce d'un franc; la plaque ainsi formée était entourée d'une bordure rouge, tandis que le centre, desséché, était recouvert d'une petite croûte noire; elle était le siège d'une démangeaison intense, et, par le grattage qui en fut la conséquence, la croûte fut enlevée, laissant à sa place une petite ulcération qui n'a fait qu'augmeuter depuis. Autour de cette première lésion d'autres semblables se sont développées à la même époque, sur la cuisse d'abord, gagnant ensuite le pli de l'aine et la partie inférieure du ventre; toutes ont évolué simultanément, se sont ulcérées, puis réunies en une large plaque ulcéreuse.

Au moment de son entrée dans le service, la malade présente, dans le cuir chevelu, des lésions ecthymateuses formant 3 plaques larges chacune environ comme une pièce d'un franc, recouvertes de croûtes jaunâtres, brunâtres même par places, molles, aplaties, et siégeant l'une sur la région occipitale gauche, les deux autres sur la région pariétale du même côté. En soulevant une de ces croûtes, on découvre au-dessous une excoriation d'apparence superficielle, peu excavée, sécrétant une très petite quantité de sérosité sanieuse un peu jaunâtre. Tout autour, la peau est rouge et forme une auréole de quelques millimètres de

largeur. Ces lésions auraient débuté, nous dit-on, il y a une dizaine de jours environ.

Sur le ventre, deux pustules desséchées en apparence, recouvertes d'une croûtelle plate, noirâtre, entourées d'un petit cercle de peau rosée, siègent l'une au-dessous, l'autre un peu à droite du nombril. La première est large comme un petit pois, la seconde un peu plus petite.

Au-dessus du pli de l'aine gauche et parallèle à lui, est une vaste ulcération, longue de 6 centimètres sur 3 centimètres de largeur. Le fond, peu excavé, en est irrégulier, de couleur peu vive, atone, non végétant; il présente l'aspect lisse d'un muscle pâle et décollé, et est à peine humecté par le suintement d'une sérosité rare et incolore. Les bords, taillés à pic, un peu irréguliers, présentent par places seulement, une disposition légèrement cerclée.

Au-dessous de cette première ulcération et séparées d'elle seulement par une bandelette de peau altérée de 3 à 4 millimètres de largeur, il en existe deux autres présentant les mêmes caractères. L'une d'elles, plus irrégulière, envoie un long prolongement de 7 à 8 centimètres de longueur, traversant le pli de l'aine et empiétant sur la cuisse. Tout autour de ces lésions, la peau altérée, mais non dénudée forme une auréole d'un rose pâle, plus ou moins large suivant les points, et dont les limites extérieures se confondent insensiblement avec la peau saine. La partie de cette auréole qui borde sur l'aine et la cuisse le prolongement ulcéreux dont nous avons parlé, s'étend en un large placard criblé de nombreuses petites ulcérations grosses à peine comme une lentille, mais irrégulières, formant autant de petits cratères peu excavés et présentant, en réduction, la disposition générale des grandes ulcérations, avec des caractères de coloration, d'atonie, de suintement identiques.

Elles sont si rapprochées les unes des autres, en certains points, qu'elles semblent près de se réunir pour former une seule et vaste plaie analogue aux précédentes; et ce qui justifie cette impression, c'est que les faibles travées de peau irritée et constamment baignée de sérosité qui les séparent paraissent trop altérées pour pouvoir opposer une résistance efficace à l'extension du processus ulcéreux.

Autour de ce dernier groupe, sur la circonférence de la zone de peau irritée, on remarque quelques petites pustules un peu plus grosses qu'un grain de millet, représentant comme l'avant-garde du processus pathologique qui, dans les parties plus anciennement atteintes, a abouti à la destruction des tissus. Pustules d'abord, puis ulcérations isolées, ponctiformes en quelque sorte, enfin vastes pertes de substance, en surface surtout, il est vrai, mais avec tendance à l'envahissement progressif, telles sont les différentes étapes de cette maladie, dont la manifestation la plus importante occupe à la fois le flanc et la région inguino-crurale. Cette vaste destruction des téguments, la mauvaise apparence des tissus dénudés, donnent un aspect véritablement effrayant à toute cette zone si profondément atteinte.

Un peu plus bas, sur la partie moyenne de la cuisse, sont quelques pustulettes isolées, entourées chacune d'une petite auréole rosée; puis, au-dessous, est une ulcération ovalaire large comme une pièce d'un franc. Enfin, immédiatement au-dessus du genou, 2 autres ulcérations de même apparence, mais plus petites.

Sur le dos, on constate une pustule large comme une pièce de 20 centimes recouverte d'une croûte noirâtre aplatie.

Toutes ces lésions semblent être le siège d'un prurit assez intense et d'une sensibilité assez vive au toucher, si on peut

en juger, d'une part, par les tentatives incessantes que fait l'enfant pour se gratter, d'autre part, par ses cris de protestation et de douleur chaque fois qu'on cherche à l'examiner.

Mais ce sont surtout les vastes ulcérations du côté gauche qui sont le siège des plus vives manifestations douloureuses. Elles empruntent à leur localisation dans cette région une source d'irritation, d'exaspération incessantes. Les mouvements d'extension, en effet, du membre sur le tronc, en tendant les téguments, exercent sur les parties malades des tiraillements des plus pénibles pour l'enfant, qui, instinctivement, y remédie en maintenant le membre constamment fléchi. Mais, dans cette attitude, les surfaces dénudées s'appliquent, s'accolent les unes contre les autres, si bien qu'on ne parvient à les séparer, dans la suite, qu'au prix de déchirements qui sont, chaque fois, l'occasion de nouvelles exaspérations douloureuses. Si on joint à cela l'irritation fréquente résultant du contact des urines et des parties malades, on comprendra facilement l'état de souffrance générale et très accusé dans lequel est notre petite malade, son amaigrissement, sa pâleur excessive, en dépit de l'accomplissement normal, chez elle, des fonctions digestives; les mêmes causes réunies expliquent aussi suffisamment l'agitation assez vive que nous observons ici, et qui, se prolongeant pendant la nuit, empêche le sommeil.

Comme *traitement*, on prescrit : bain d'une heure, pansement des lésions cutanées avec la poudre suivante :

Iodoforme . . . . 1 gramme
Talc . . . . 10 grammes

30 mai. Pas de modification du côté des lésions cutanées. L'agitation des jours précédents a fait place à un abattement des plus accusés. Rien cependant à l'examen des viscères.

Pas de fièvre le matin : température rectale 37°,6. Le soir, 38°,8. Même traitement.

20 mai. Les plaies ont un peu changé d'aspect, elles sont moins atones, presque bourgeonnantes même. Les pustules du dos sont plus sèches. La croûte du placard temporal est tombée et laisse voir une surface rose dénudée, peu végétante, mais moins creuse que les lésions de la cuisse.

Même traitement que les jours précédents auquel on ajoute, dans la journée, une pulvérisation phéniquée à 1/1000, et d'un quart d'heure de durée.

Température rectale : le matin 37°8; le soir 37°6.

31 mai. Pendant la nuit précédente, agitation plus violente que jamais. — Pas de fièvre cependant. Pas de lésions nouvelles.

Température rectale : 37° le matin; 37°,6 le soir.

Traitement. Bain d'une heure. Pansement avec la pommade suivante :

Vaseline........................	20 grammes.
Talc..............................	ãã 10 grammes.
Oxyde de zinc	
Iodoforme.......................	2 grammes.
Acide phénique................	0, 25 centigrammes.

1er juin. Modification notable de l'aspect des lésions; l'auréole qui entourait les ulcérations a disparu; le fond de celle-ci est irrégulier, bourgeonnant, rouge; le liquide qui s'en écoule est toujours peu abondant, mais jaunâtre, d'aspect plus purulent. Pas de fièvre. Même traitement externe; on donne à l'intérieur un peu de sirop de quinquina. A partir de ce jour l'amélioration s'accentue progressivement et le 12 juin la petite malade quitte l'hôpital sinon complètement rétablie, du moins en voie de guérison. A ce moment, elle présente seulement un petit furoncle au-

dessus du genou gauche, lésion qui nous semble n'avoir aucun rapport avec celles que nous avons décrites ici. Il ne s'est pas reproduit de nouvelles lésions cutanées depuis l'entrée de la malade à l'hôpital. Les plaques ulcérées du cuir chevelu sont encore recouvertes de croûtes molles, humides, aplaties, et secrètent un peu de liquide séro-purulent. Les lésions du tronc et des membres sont plus ou moins en voie de réparation. Des deux que nous avons signalées dans le dos, l'une est complètement guérie, et à sa place on ne voit plus qu'une cicatrice d'un rose violacé, également déprimée sur toute sa surface, comme taillée à l'emporte-pièce et régulièrement ovale; la peau est finement plissée à son niveau.

La seconde pustule, plus petite, est encore recouverte d'une croûte noirâtre au centre et desséchée.

Sur l'abdomen, l'ulcération qui est résultée de la pustule, située à droite de l'ombilic, est en partie guérie : la cicatrisation s'y fait de la périphérie vers les parties centrales où on voit encore une zone bourgeonnante, grosse comme un grain de chenevis et recouverte d'une pellicule croûteuse destinée à tomber.

La plaque sous-ombilicale est complètement cicatrisée.

L'auréole rose, qui entourait les lésions du flanc et de la cuisse gauche, a disparu.

Les petites ulcérations multiples qui la criblaient sur la cuisse, en dehors des ulcerations principales, sont réparées et la place de chacune d'elles est seulement marquée par une petite dépression cicatricielle.

Il en est de même des autres lésions situées sur les parties médiane et inférieure du même membre.

De sorte que les lésions principales seules n'ont pas encore accompli leur travail de réparation.

La grande ulcération supérieure du flanc gauche, considérablement réduite d'étendue, est encore recouverte à sa partie centrale d'une mince pellicule croûteuse, humide, sous laquelle on aperçoit une surface franchement bourgeonnante.

L'ulcération du pli inguinal présente aussi un aspect analogue; mais la production un peu exubérante des bourgeons non encore cicatrisés forme en travers du pli inguinal un bourrelet, qui, vraisemblablement, produira, dans la suite, une chéloïde. Avant le départ de la malade, on les réprime légèrement avec le nitrate d'argent. En même temps on prescrit de continuer les bains et les pansements avec la pommade iodoformée et phéniquée, ainsi que l'usage du sirop de quinquina, pour achever de relever l'état général qui, bien que déjà fort amélioré, est encore loin d'être satisfaisant. Depuis lors nous n'avons plus revu notre petite malade, mais nous avons tout lieu de croire que le travail de réparation, qui s'était si franchement établi dans les manifestations cutanées pendant qu'il nous a été donné de l'observer, aura abouti à une parfaite guérison.

A l'instigation de M. le Professeur Fournier, le liquide sécrété par les ulcérations de notre malade a été l'objet de recherches bactériologiques qui ont été faites par l'un de nous au laboratoire de la clinique de l'hôpital Saint-Louis.

L'étude sur lamelles a montré la présence de cocci divers. Les résultats des ensemencements sont plus significatifs et démontrent la présence du bacterium termo, du staphylococcus aureus et du streptocoque, qui était de beaucoup prédominant et se trouvait cinq fois sur 8 à l'état de culture pure d'emblée. En éinoculant au lapin, on a produit des abcès circonscrits.

IX et X. — Observations

Résumé d'un article du docteur Ehlers (de Copenhague) dans l' « Hospitalstidende » 1890, intitulé :

2 cas d'Ecthyma gangréneux, Ecthyma térébrant des enfants (Lailler et Fournier), Maladie pyocyanique chez l'homme.

Les deux observations concernent frère et sœur, âgés de 3 et de 5 ans et attaqués d'ecthyma térébrant. Le garçon a succombé, et le Docteur *Ehlers* a trouvé dans le sang du cœur ainsi que dans les lésions ecthymateuses le bacille pyocyanique, qui dans le sang du cœur se trouvait en culture pure.

Observation Ire

Garçon de 3 ans, entré le 3 décembre 1888 (Diagnostic : fièvre typhoïde) décédé le 14 décembre 1888.

Aucune disposition à la tuberculose dans la famille.

L'enfant tomba malade il y a 5 jours, eut la fièvre, des maux de tête et un malaise général.

Il y a eu des selles involontaires, très tenaces, *une diarrhée verte.* De temps en temps il y a eu des cris violents, du grincement des dents, mais l'enfant n'a pas louché. La nuque a été courbée en arrière et raide.

L'enfant est pâle, mais assez bien nourri : La peau brûlante. Temp. 38°,8. Pouls, environ 150; respir. 18.

L'expression du visage naturelle ; il ne louche pas ; dans le service pas de cris; il a dormi tranquillement. Pas de

crampes. Pendant l'examen il ne cesse pas de clapper avec sa langue et de lécber tout autour de ses lèvres sèches. *La langue est rouge, assez sèche.* Il y a de petites adénites au cou. Rien d'anormal dans l'auscultation du cœur. De temps en temps il survient un court accès de toux, qui ne semble guère être fatigante. La matité hepatique commence à la *IVe côte.* Dans le dos, il y a de *la matité autour de l'épine droite de l'omoplate;* mais l'auscultation ne donne rien qui soit sensiblement anormal. L'abdomen est souple; pas de roséole; la rate non tuméfiée. Pas de selles ici, à l'hôpital. Cataplasmes d'eau chaude sur la poitrine.

4 décembre. Temp. 38°,8; soir 39°,3. P. 132; R. 32. L'enfant a la peau brûlante, mais il est un peu pâle, avec des lèvres sèches, bleuâtres; pas d'herpès labial. Pas d'écoulement des oreilles. Plusieurs fois la nuit il se réveille en larmes, avec de l'angoisse, puis s'endort lourdement. Pas de cris, pas de grincements des dents; il ne loucbe pas; la nuque n'est plus rigide.

Ce matin, il a pris un peu de nourriture sans vomir. L'urine et les selles involontaires. L'abdomen un peu gonflé. La rate est palpable sous les côtes. On voit quelques taches roséoliformes; mais il n'y a pas de gargouillement. De temps en temps un petit accès de toux. Les bruits du cœur sont clairs. *A la percussion autour de l'épine droite, le son est un peu plus court.* La respiration est forte dans la région susépineuse, presque soufflante. Le frémissement pectoral est accentué, mais on n'entend pas de crépitation. Sur la partie antérieure du thorax à droite, le son est mat; l'auscultation est la même, que dans le dos, toujours pas de crépitation, mais quelques râles sibilants. La bouche est sèche; on soigne bien les dents. La voix est claire.

5 décembre. Temp. 40°,3; soir 38°,1; P. 132, assez fort.

Resp. 52. Le malade tousse un peu, dort bien, mais parfois pousse des cris. Il ne louche pas; quand on le remue, il ne gémit pas. On remarque des piqûres de puces, mais pas de roséole. L'abdomen est très tendu; la rate n'est pas palpable. Quelques ganglions tuméfiés sur le cou. Aujourd'hui, pas de matité appréciable sur la poitrine à droite; mais la respiration sous les deux clavicules est assez soufflante; la matité dans le dos avec la respiration soufflante en haut.

Kermès minéral	1,0
Sirop de sucre	250,0
Eau d'amandes amères, ...	25,0

1/2 cuillerée à café 4 fois par jour.

6 décembre, Temp. 40°,1; soir 38°,6; P. 144. Respir. 66, assez superficielle, bumée. Le malade tousse encore de temps en temps, mais ne pousse plus de cris. Les selles sont toujours involontaires, il mangé un peu et a meilleure mine.

7 décembre, Temp. 39°,9; soir, 40°,1; P. 148. Respir. 60. Somnolence; presque pas de toux. Pas de phénomène de Kernig. L'auscultation reste la même; une faible matité dans les deux fosses susépineuses. La rate impalpable. Pas d'exanthème. La langue humide, saburrale. Pas d'accidents méningitiques.

8 décembre. Temp. 40°,2; soir 40°,1; P. env. 150; Respir. 54. Le malade est étendu sur le dos, somnolent, pâle, avec la peau sèche et brûlante, avec les mouvements violents des narines. Pas de vomissements, pas de cris cérébraux. Selles abondantes, naturelles. *L'abdomen, tendu et très augmenté,* semble être douloureux. La rate est impalpable. *On voit par ci, par là quelques taches fraîches et roséoliques.* La toux ne semble guère fréquente. Pas de matité sur la poitrine. A droite, la respiration est plus forte. En arrière, il y

a une matité prolongée jusqu'à l'angle de l'omoplate droite. Bronchophonie forte des deux côtés. La toux fait naître quelques râles fins et crépitants.

A la seconde visite on a noté l'*apparition d'une éruption* consistant en petites macules rouges éparses sur le tronc et le devant des extrémités, accompagnées par places d'une légère desquamation furfuracée.

9 décembre. Temp. 40°,5; soir, 39°,7; P. 140. L'état n'a pas changé. Selles régulières; il prend un peu de nourriture.

10 décembre. Temp. 40°,4; soir, 40°; quatre fois diarrhée. Très somnolent; prend un peu de soupe sucrée avec quelques biscuits. *L'exanthème sur le devant du tronc commence à pâlir*. Sur le dos on voit quelques taches d'un rouge sombre, lenticulaires portant au sommet un *petit cratère pustuleux;* ces taches se trouvent sur les parties du dos correspondant aux apophyses épineuses et à côté de celles-ci. Sur la poitrine on voit une tâche lenticulaire, qui semble en train de se transformer en pustule. La percussion est mate dans la région scapulaire droite, mais claire dans la région sous-scapulaire. Le foie dépasse un peu le bord des fausses côtes. Les cris empêchent un examen minutieux. Tremblement fort des mains. Cesser la potion au kermès.

11 décembre. Temp. 40°,8; soir, 39°. P. 128. Respir. 32. Le malade est très abattu; pas de signes cérébraux, les pupilles réagissent bien. Un peu de toux. *L'exanthème susmentionné continue à apparaître*. Les taches nouvelles sont semblables à celles des autres jours; mais ces dernières se sont agrandies et élevées. Il existe *un peu d'infiltration* autour; les dimensions des éléments depuis un pois jusqu'à la grandeur d'une pièce de 50 cents, de la couleur *rouge-noire;* siège : la poitrine, le dos, les fesses. Les bruits

du cœur sont clairs. Le malade gémit quand on le touche, et se tient très raide. Pas de phénomène de Kernig ; diarrhée trois fois pendant les 24 heures. Pas d'appétit. Pansement à la vaseline boriquée. Antifébrine, 0,12 centigrammes.

12 décembre. Temp. 40°,5-37°,3 ; soir, 40°,5 ; somnolence toute la journée, mais il pousse des gémissements quand on le touche ; il a des mains tremblantes et comme rigides étendues d'air, en même temps qu'il se tient assez raide.

On constate toujours des nouvelles poussées des tâches fraîches ; les anciennes semblent s'agrandir jusqu'à la grandeur d'une pièce de 50 cents ; puis, l'épiderme bulleux crève et il se montre une destruction de la couche superficielle du chorion, de sorte qu'il se forme *une croûte mince, infiltrée de sang, entourée d'une zone rouge, acdémateuse et très douloureuse, qui se confond insensiblement avec les parties voisines*. En plusieurs endroits des ganglions tuméfiés. Pas d'exanthème sur la tête ou sur les extrémités ; il se localise principalement aux parties supérieures du corps : sur la poitrine et sur le dos.

Potion : au sulfate de quinine, (1,0 pour 200,0 d'acide sulfurique dilué). 1 cuillerée à café toutes les deux heures.

13 décembre. Temp. 40° ; soir 40°,2 ; P. 188. Respir. 64. L'état n'a pas changé ; toujours des gémissements. Cinq fois la diarrhée non sanguinolente. *Les taches gangréneuses* gagnent ; il y en a une éruption nouvelle à l'aisselle droite.

14 décembre. Temp. 40°,5 ; Status idem. L'exanthème avec ses zones environnantes a pris graduellement une teinte de plus en plus bleuâtre, noirâtre, gangréneuse, de sorte que les lésions ont pris l'aspect suivant : le centre est occupé pas une *bulle opaque* (la gangrène épidermoïdale), autour se trouve un cercle de la couleur *rouge faible* et

plus en dehors une zone ronde, assez régulière, de la couleur *de sang violacé*. En même temps, on peut observer l'exanthème *à tous ses stades d'évolution,* ainsi que l'apparition toujours de nouveaux éléments frais. Le malade a pris un peu de lait, de vin et d'eau. Diarrhée 4 fois. Pas de vomissements.

La nuit, grande agitation, de telle sorte que le malade se roulait dans son lit. L'abdomen devient plus gros, plus tendu, ballonné et très douloureux, mais pas de boquet, ni d'autres signes de péritonite. Vers le matin, on constate des crampes légères dans les extrémités, et l'enfant est mort à 4 heures du matin.

Autopsie. Dermatite exfoliative, — Bronchite. Bronchopneumonie circonscrite à droite, hypertrophie de la rate. — Anémie des reins. — Entérite folliculaire. — Le cadavre médiocrement gras. Pas de raideur cadavérique. Des ecchymoses étendues. Sur le corps, mais surtout sur la poitrine et sur la partie supérieure de l'abdomen, dans l'aisselle droite et de préférence dans le dos, on trouve une éruption de taches bleuâtres, grosses comme un pois et jusqu'à la grandeur de 50 cents, avec une desquamation épidermique et des bulles par ci par là. A l'examen d'une bulle crevée, on trouve une ulcération dont le fond blanchâtre est formé par le chorion dénudé, le tout entouré d'un anneau bleuâtre; la base en est assez infiltrée. Une incision au niveau de ces taches démontra que l'infiltration sanguinolente s'étendait très profondément, même dans la couche musculaire du m. grand pectoral.

La musculature du cœur est très pâle; ses dimensions et sa forme normales. Pas d'adhérences dans les plèvres, pas d'épanchement. Emphysème du sommet droit; hyperhémie du lobe inférieur, qui contient partout de l'air. Le tissu

pulmonaire semble un peu fragile pas places. A la coupe des branches, on les voit remplies de mucosité mêlée d'air. Le larynx et la trachée sont un peu injectés. *La rate est augmentée de volume ;* son tissu est assez consistant ; à la coupe, on voit la couleur rouge sombre de sa pulpe avec des parties plus claires. L'anémie des reins. Le foie est de grandeur et de forme naturelles ; sa consistance un peu ferme ; son tissu démontre les points blanchâtres sur le fond brun, sans présenter un dessin pathognomonique. La grandeur de ces points blanchâtres est d'un grain de sable ; leur forme n'est pas ronde, mais plutôt angulaire et irrégulière ; leur disposition ne semble point correspondre aux acini normaux de foie. Dans la vésicule biliaire, on constate la présence de la bile liquide, avec la perméabilité du canal cholédoque. L'appareil gastro-intestinal est un peu anémié ; les plaques de Peyer et les follicules solitaires sont engorgés et pigmentés. Une ulcération superficielle, près de la valvule de Bauhin, intéresse la muqueuse intestinale. Rien d'anormal dans le cerveau ; un peu d'écoulement de l'oreille droite et, après avoir fendu le rocher, on trouve la caisse du tympan remplie de pus.

II. — Observation

Thora G..., âgée de 5 ans, fille de forgeron, entrée le 27 novembre 1888, sortie le 20 janvier 1889.

L'enfant a toujours été bien portante, si on ne compte pas la coqueluche. Pas d'antécédents strumeux ; rien du côté de la poitrine. Il y a une semaine qu'elle est malade. La maladie a débuté par des *maux de tête, et de l'inappétence,* sans vomissements. Puis, les symptômes deviennent plus intenses, jusqu'à la perte de connaissance ; elle restait som-

nolente, criant souvent et en s'arrachant des cheveux. La malade est pâle, mince et maigre, tient ses yeux fermés; elle crie dès qu'on la touche; sa tête est courbée vers la poitrine, les bras flécbis sur les avant-bras et les jambes sur les cuisses; en même temps on constate, que les muscles sont très tendus, durs. Les pupilles, un peu dilatées, réagissent normalement à la lumière. La sécheresse des lèvres et de la langue, la fétidité de l'haleine. Il est impossible d'examiner le thorax à cause de la résistance énergique et les cris de l'enfant. L'abdomen est légèrement ballonné. Glace sur la tête.

28 novembre. Temp. 38°,2. Pouls, 124, irrégulier. Resp. 40, sans présenter le type de Cheyne-Stokes, coupée de quelques accès de toux. Vin.

L'enfant reste toujours ratatinée, avec les yeux fermés, pleure et gémit, quand on l'examine; a pris un peu de nourriture liquide; elle n'a pas de vomissements, pas de cris, pas de grincement des dents, pas de strabisme. Elle n'a pas été à la selle, ni uriné depuis son entrée à l'hôpital.

Aucune raideur à la nuque. La tête plutôt courbée en avant. Pas d'écoulement, pas de douleur derrière les oreilles. Les pupilles sont d'une grandeur à peu près normale. L'ophtalmoscopie démontre à droite un état normal, mais à gauche, en haut, les vaisseaux sont voilés, avec des limites vagues. Quelques râles à la base de deux poumons, surtout dans le droit; mais aucune matité. Lavement.

29 novembre. 40°,7; soir, 40°,2; P. 150, irrégulier, assez vigoureux. La respiration est incomptable à cause des gémissements de l'enfant, qui crie beaucoup pendant l'examen. La malade est morose, tousse beaucoup sans cracber; a soif, n'a pas d'appétit. L'urine est partie hier avec le lavement; elle n'a pas uriné depuis. Des selles abondantes liquides.

Pas de crampes, de grincements de dents; pas de strabisme, pas de raucité de voix, ni douleurs nulle part. Langue demi-sèche, légèrement saburrale. Pas de matité appréciable, et la respiration semble normale. On n'entend que quelques râles. Les bruits du cœur sont clairs. L'abdomen est un peu ballonné, mais mou. Pas de contraction dans les membres; pas d'exanthème. Regime de fièvre : du lait et du vin.

30 novembre. Temp. 40°,5; soir, 40°. La malade reste dans son état de stupeur, interrompu de temps à autre par les cris, surtout quand on lui badigeonne la bouche. Boit beaucoup. Hier a eu des selles consistantes trois fois; elle a uriné à 4 heures de l'après-midi, pas après. La toux fréquente, sèche. P. 132, vigoureux et régulier. On entend des râles assez fréquents à droite en bas, mais pas de matité; rien d'anormal du côté de la respiration, qui est (48) régulière.

1er. décembre. 40°,3; soir, 39°,7; P. 156, petit. L'enfant a été très agitée. Toux sèche. Ne prend que de la nourriture liquide. A été bien à la selle, mais n'a pas uriné depuis hier soir. Pâleur du visage, la langue visqueuse, demi-sèche, mais non saburrale. L'auscultation impossible à cause de cris. L'abdomen ballonné, surtout en haut; la percussion est claire partout. La vessie dépasse un peu la symphyse. Pas de raideur nulle part.

2 déc. 40°,7; soir 40°, 1, un lavement hier sans résultat. L'urine est partie. L'ophtalmoscopie hier n'a rien démontré. Un bain dans la soirée l'a calmée provisoirement. Hier: cataplasmes d'eau chaude sur l'abdomen. La malade a dormi la plupart de la nuit, en criant, tout de même, de temps en temps. Elle ne prend que du vin et de l'eau. Beaucoup de vents. *Des eschares commencent à se développer* dans la région sacrée.

3 déc. Temp. 40°,7; soir 40°,2; P. 130. La respiration très accélérée, irrégulière, prend quelquefois un caractère souffant. Les lèvres fuligineuses. La peau sèche et brûlante. L'enfant, dans un état somnolent, se jette d'un côté à l'autre; mais ne crie plus; pas de convulsions. Les pupilles normales. L'abdomen bien moins tendu. La rate n'est pas palpable. L'état actuel a duré toute la nuit. Les râles sont toujours prédominants du côté droit; mais il n'y a pas de matité.

4 déc. Temp. 40°,7; soir 38°,7; P. 150 petit. Après le bain d'hier la malade a dormi la plupart de la journée, mais cette nuit il y a eu une grande agitation, avec des grincements des dents; pas de strabisme; pas de crampes, mais tout le temps l'enfant fait des mouvements avec sa tête. Elle a pris un peu plus de nourriture pendant ces dernières 24 heures. Pas de selles depuis 48 heures; pendant la visite des selles normales, abondantes, de la couleur foncée. Pas de vomissements. Le teint est légèrement cyanotique. Pas de tuméfaction de la rate; pas d'exanthème. *Une grande bulle a crevé dans la région sacrée.* Musc (en poudre) 2 centigr. et demi deux fois.

5 déc. Temp. 40°,4; soir 40°,4; P. 120. Status idem. Agitation, 4 fois des selles consistantes. Il y a maintenant *un exanthème étendu de roséole.*

6 déc. Temp. 39°,5; soir 38°,3. Hier dans l'après-midi un bain de 26 degrés. La température avant le bain était 39°,1; après 37°,5; la malade dormit tranquillement quelques heures, puis redevint gémissante, mais a dormi mieux cette nuit. Mange mieux. Des selles consistantes normales quatre fois. Pas de vomissements ni d'accidents méningitiques. L'exanthème *en question a gagné de surface* en perdant son caractère roséoliforme; *il y a main-*

tenant des points purulents dans la plupart des papules (sic!). On le trouve sur une grande étendue sur le dos, sur la tête, sans symétrie et sans correspondre au trajet des nerfs. L'état général n'a pas changé. La langue est garnie d'une couche blanchâtre. Les lèvres sont sèches et moins croûteuses que les jours précédents.

7 déc. Temp. 39°,2; soir 38°,5; P. 132, irrégulier. Un bain de 26° hier matin. Température avant le bain 37°,8, après 36°,2 et après une heure 37°-2. Grande agitation de la malade pendant les dernières 24 heures; pas de sommeil; pas d'appétit.

L'éruption a gagné en extension et prit un *caractère plutôt pustuleux ;* il y a maintenant une excoriation de la grandeur d'une paume de main dans la région sacrée ; en même temps on constate de la rougeur et une ulcération sur l'occiput : ces lésions paraissent être le résultat d'un frottement continuel. Sur les jambes quelques taches ecchymotiques. Les lèvres et la langue sèches. Pas de tuméfaction de la rate.

9 déc. Temp. 38°,9; soir 38°,7. Un bain hier matin. Temp. avant 38°,5, après le bain 37°,5. Pouls est moins célère.

La langue est humide ; la voix très ranque. L'abdomen commence à se détendre. L'exanthème se dessèche partout. Pas de matité à la percussion des poumons. En faisant tousser la malade, on peut entendre, de deux côtés, en arrière, des râles plus gros, ronflants. La malade sans cesse fait des mouvements avec sa tête et tient ses membres en état de flexion.

10 déc. Temp. 38°,9 ; soir 37°,8; P. 144 assez vigoureux. Status idem ; pas de crampes. Quelques accès de toux, raucité de la voix. Diarrhée une fois. Sur l'abdomen on constate *l'apparition nouvelle de quelques pustules.*

11 déc. Temp. 39°; soir 36°,3 ; P. 120 régulier. Hier et cette nuit grande agitation. Sirop de l'hydrate de chloral 5 grammes (Chloral 1 gramme). après quoi elle a dormi. Mange mieux, n'a pas vomi. Selles normales hier. Toux est devenue plus fréquente. La pâleur et la maigreur de la malade paraissent plus prononcées ces derniers jours. Les lèvres sèches. Sur le thorax à gauche, en haut, de la matité, probablement aussi dans la région susépineuse; mais difficile à constater à cause de la grande agitation de l'enfant. L'exanthème n'a pas progressé.

12 déc. Temp. 37°,4 ; soir 36°,9. L'état stationnaire. Toux fréquente et violente, mais sans expectoration. L'apparition de *quelques bulles purulentes. La plupart des éléments éruptifs sont recouverts de croûtes, les autres se sont ulcérés.* Sur les fesses on trouve deux ulcérations superficielles, disposées symétriquement, de la grandeur d'une main d'enfant. L'ulcère du côté droit de la tête (sur lequel il dort), est plus profond, *gangréneux*. Potion pectorale (benzoïque) 1/2 cuillerée à café *bihorio*.

13 déc. Temp. 37°,3; soir 36°,8. Status idem. Pas d'appetit. Constipation. Huile de ricin.

14 déc. Temp 37°,5; soir 36°,9. Amélioration sensible. L'enfant est plus calme. Les ulcères symétriques des fesses montrent le chorion dénudé, mais ont l'aspect frais. L'éruption commence à disparaître, excepté l'ulcère de la tête, qui présente maintenant un *aspect cratériforme*, de la grandeur d'un sou.

15 déc. Temp. 37°,2, soir 36°,7. L'enfant a meilleure mine, a bien dormi. Appétit réapparaît. L'exanthème a presque desséché.

16 déc. Matin. 37°7,; soir 36°,8. *17 déc.* Mat. 37°; soir 36°.

18 déc. Matin 37°,1 ; soir 36°,6. L'état général s'améliore, quoique l'enfant reste morose et tousse encore un peu. L'éruption est desséchée. Les ulcérations des fesses se sont cicatrisées ; l'ulcère de la tête est en voie de réparation. Cesser la potion pectorale.

19 déc. Matin. 37°,1 ; soir 36°,2. *20 déc.* Mat. 37°1, ; soir 36°,2.

20 déc. Mat. 37°,1 ; soir 36°,1. *25 déc.* Etat général amélioré ; grand appétit. *1er janvier*. Va toujours mieux ; quitte le lit. *20 janvier* guérie.

Si nous résumons ces deux observations (c'est M. le Docteur Eblers qui parle), un peu défectueuses au point de vue de la dermatologie (prises dans des services de médecine), nous nous voyons en face d'une maladie *aiguë fébrile et probablement infectieuse* (le frère est attaqué peu de temps après sa sœur) se manifestant par des symptômes graves, *typhiques*. Il y a eu des *prodromes fébriles*, la peau et la langue fébriles, de la *diarrhée profuse ;* des signes bien marqués du côté du système nerveux central, surtout de la *prostration ;* ensuite la *tuméfaction de la rate*, issue *léthale* dans un cas, crise apparente de température dans le second cas.

Les symptômes du côté du thorax sont très marqués dès le début dans les deux cas, pourtant loin d'être prépondérants à tel sens, qu'on puisse les considérer comme la trouvaille importante. L'autopsie du premier cas confirme cette manière de voir.

Les symptômes pectoraux s'effacent bientôt, la *fièvre continue* à 39°-40°, avec *météorisme de l'abdomen*, et il apparaît ensuite dans les deux cas, le 11e jour environ de la maladie, un exanthème, qui se répand assez vite sur le tronc et sur le devant des extrémités. L'éruption dans le

1er cas, continue à apparaître jusqu'à la mort, de sorte qu'on peut l'observer simultanément dans tous ses stades variables de développement. L'éruption a un début passager par une roséole, *se transforme vite en pustules ecthymateuses*, qui crèvent, en formant une petite ulcération ; elle se distingue particulièrement par la différence nette de couleur entre les zones intérieures et extérieures, qui représentent de dedans en dehors : 1) nécrose ; 2) infiltration hémorrhagique et 3) infiltration inflammatoire simple.

Recherches bactériologiques. Le 13 déc., la veille de la mort de l'enfant, on a fait des ensemencements avec le contenu des bulles sur la gélose (4 éprouvettes) sept heures après la mort de l'enfant, quatre ensemencements avec le sang du cœur sur la gélose (4 éprouvettes).

Le résultat fut identique dans toutes les 8 éprouvettes : *culture pure du bacille pyocyanique*, sans existence d'autres microbes.

Le reste du travail ne fait que comparer les symptômes observés chez les deux enfants avec ceux décrits par *Charrin* dans la maladie pyocyanique du lapin.

XI. — Observation d'Ecthyma térébrant infantile

(*Dr Heulz*, de La Courboule)

(*Journ. des mal. cutan. et syph. 1890*).

Dans les premiers jours de septembre 1888 une femme des environs de la Bourboule m'amena son enfant âgé de 10 mois pour être soigné, me dit-elle, « d'une plaie à la

fesse » qui, malgré tous les traitements possibles, ne pouvait pas guérir et, bien plus, augmentait chaque jour.

J'examine le petit malade et je constate à la partie inférieure de la fesse gauche deux ulcérations rondes, profondes, fortement creusées, dont le fond présentait une coloration jaunâtre à stries rougeâtres. Au pourtour la peau était normale, légèrement rouge cependant.

La plus grande ulcération avait près de quatre centimètres de diamètre et huit millimètres environ de profondeur.

La plus petite avait à peu près deux centimètres de diamètre et un centimètre de profondeur.

Dans le voisinage quelques pustules d'ecthyma à différents degrés d'évolution. Pas d'engorgement ganglionnaire.

L'enfant, porteur de lésions, en apparence si graves, paraissait *jouir* d'une excellente santé, gras, frais et robuste, « jamais malade », me dit la mère.

Voici les renseignements que j'obtins d'elle sur le début de cette singulière affection. Il y a deux mois, existaient, à la place des ulcérations actuelles, deux pustules croûteuses semblables à celles qui se trouvent encore aujourd'hui dans le voisinage des lésions principales.

Les croûtes tombèrent et au-dessous il se forma une petite ulcération qui grandit chaque jour et atteignit finalement les proportions indiquées plus haut, malgré les traitements les plus variés qui consistèrent principalement en bains et pommades simplement adoucissantes.

Au premier abord on ne pouvait s'empêcher de penser à des syphilides ulcéreuses. Mais *le bon état général* de cet enfant éloignait de mon esprit l'idée de syphilis. J'interrogeai néanmoins minutieusement et séparément le père et la mère. Pas traces de syphilis, père simplement alcoolique. Bref, par exclusion, et m'appuyant sur la présence des

pustules d'ecthyma dans le voisinage, la marche de la maladie, etc., je portai le diagnostic d'ecthyma térébrant infantile.

Comme traitement : pansement avec la poudre d'iodoforme et de la ouate. Tous les trois ou quatre jours un bain ou une lotion avec de l'eau boriquée. Au bout de six semaines l'enfant était complètement guéri.

L'année suivante je vis mon petit malade en revenant à La Bourboule.

Il était toujours bien portant, n'ayant eu aucune récidive et présentait à la place des ulcérations deux cicatrices caractéristiques.

Observation XII. — A. Fournier. Ecthyma infantile chancriforme (*Société franç. de Dermatol. et de Syphiligr. 1890*).

Le 22 février dernier, un jeune enfant de 20 mois nous fut amené ici par sa mère, au sujet de deux lésions qui venaient de se produire sur lui depuis quelques jours.

Ces deux lésions, qui occupaient la fesse droite près du périnée et qui étaient presque contiguës, nous frappèrent immédiatement par leur aspect chancriforme ou même, précisons mieux, par leur physionomie de chancres syphilitiques. D'aspect c'étaient, à première vue du moins, des chancres syphilitiques. Elles étaient régulièrement orbiculaires, mesurant environ un centimètre de diamètre. De plus, et surtout, elles rappelaient le chancre syphilitique par tout un ensemble d'attributs : coloration rouge, et du rouge chair musculaire; configuration en cupule, sans bords abrupts, sans crête circonférentielle; bords légèrement relevés en ourlet; fond lisse et uni; suppuration minime, consistant en un suintement séreux, etc.

Ajoutez que la base de ces deux lésions présentait aux doigts une résistance assez bien accusée, vraiment comparable à l'induration parcheminée du chancre.

Bref, de par les signes objectifs, ces lésions se présentaient, je le répète, avec la physionomie presque caractéristique du chancre. Si bien, que telle fut mon impression première. J'ajouterai que telle a été, sans exception aucune, l'impression de mes élèves et des médecins qui me font l'honneur de suivre ma clinique.

Je dirai même que tel eût été notre diagnostic, si nous avions trouvé dans l'aine correspondante de quoi confirmer ce soupçon dérivé des signes d'objectivité. Mais il n'existait là que trois petits ganglions sans dureté, et vraiment trop minimes pour avoir une signification du genre de celle que nous cherchions. Aussi bien l'absence d'adénopathie inguinale venant rectifier le diagnostic auquel nous étions tentés d'aboutir à première vue et de par les caractères d'objectivité, force nous était de chercher dans une autre voie l'origine et l'explication de ces deux lésions.

Cette explication se trouvait-elle dans une éruption contemporaine que présentait l'enfant ? Cela était probable de par ce renseignement que fournissait la mère, à savoir que les lésions qui nous intriguaient si fort étaient issues de deux « boutons » identiques à ceux que nous constations encore aujourd'hui ; cela devint bientôt absolument certain de par l'évolution ultérieure.

Quelle était donc cette éruption ? Elle consistait en ceci : un semis de petites pustules éparses sur les membres inférieurs, au nombre d'une trentaine environ, pustules extrêmement ténues. comparables comme volume à une demi-tête ou à une tête d'épingle, un peu coniques et acuminées,

littéralement jaunes (d'un jaune d'or), et entourées d'une légère aréole rosée.

Ces pustules, dont le nombre augmenta quelque peu dans les premiers jours où l'enfant fut soumis à notre examen, affectèrent pour la grande majorité l'évolution très simple qui est propre à cette minuscule lésion, c'est-à-dire se crevèrent ou bien s'encroûtèrent, pour se cicatriser et disparaître à brève échéance. Mais quelques-unes et c'est là ce qui est essentiel à spécifier suivirent une marche très différente. Elles s'élargirent en surface jusqu'à atteindre un diamètre de dix à douze, treize, quatorze millimètres, elles s'excorièrent, s'ulcérèrent. Bref elles aboutirent à constituer des lésions véritablement importantes (d'une façon relative tout au moins), *ecthymateuses* d'aspect, semblables, pour quelques-unes, voire identiquement semblables aux deux ulcérations initiales que nous avons signalées.

La question de nature de ces deux dernières se trouvait donc, de ce fait même, absolument jugée. Inutile d'ajouter, comme dénouement du fait clinique, que, soumises à un traitement des plus simples, toutes ces lésions se réparèrent rapidement. Il n'en restait plus, le 10 mars, que des macules cicatricielles ; et, le 15, l'enfant quittait l'hôpital en parfait état.

XIII. — Observation *(Abrégée)*

Sur une forme de dermatite pustulo-ulcéreuse généralisée. Staphyloccocie cutanée gangréneuse à poussées successives. Ecthyma térébrant.

Par MM. P. Gastou et Canuet (*Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, 1896).

Il s'agit d'un enfant âgé de 2 ans, qui a été amené il y a un mois dans le service pour une affection pustulo-ulcéreuse du dos simulant une éruption varioloïde.

M... est venu à terme. Parents bien portants. Mère âgée de 22 ans, a eu six enfants, dont M... est le dernier. Le premier enfant, de 7 ans, bien portant actuellement, a eu la rougeole et la coqueluche.

Les quatre enfants suivant sont morts : deux (2e et 3e) de cholérine à sept semaines, un (4e) a eu des abcès multiples sur le corps, mort à 9 mois, enfin, le 5e est un mort-né, venu vers le 8e mois de la grossesse.

Le petit M... a eu vers l'âge de 3 mois la diarrhée et les vomissements ; il y a un an, la coqueluche, après quoi il n'a jamais été bien portant, ayant souvent de la toux et des troubles gastro-intestinaux. En octobre, une poussée d'impétigo du cuir chevelu, qui n'a jamais cessé depuis. Rhinite et conjonctivite. Pas d'écoulements d'oreilles.

Vers la fin de l'année 1895, il a eu une angine blanche,

sur la nature de laquelle il est difficile d'être fixé; c'est à sa suite que survint une éruption de boutons à propos desquels dans le dispensaire on dit à la mère, que c'était la variole (l'enfant n'a pas été vacciné).

Mais il est difficile de faire une idée exacte de cette éruption, qui d'après la mère, se serait accompagnée de fièvre, mais les boutons n'auraient jamais suppuré et qui, après avoir duré depuis janvier jusqu'à ces temps-ci, n'auraient pas guéri, mais se seraient transformés en affection actuelle.

Quand nous avons vu l'enfant pour la première fois, il avait de la blépharite, de la conjonctivite. Sur les lèvres, il présentait un enduit pseudo-membraneux, épais, adhérent, diphtéroïde; des croûtelles autour des narines, de l'impétigo du cuir chevelu.

Quelques éléments vésico-pustuleux sur la poitrine, mais, couvrant tout le dos, il existait une éruption d'ulcérations confluentes policycliques d'aspect gangréneux. A première vue, selon la comparaison de M. le Professeur Fournier, il semblait que cet enfant eût cinquante « chancres mous » dans le dos.

Les ulcérations étaient pour la plupart faiblement suppuratives, les bords en étaient à pic, très légèrement décollés cependant; le fond était constitué par le derme mis à nu et l'on apercevait nettement les aréoles du derme. Ces ulcérations avaient une dimension variable, la plupart mesuraient plus d'un centimètre de diamètre, elles étaient, par places, isolées, mais généralement leurs bords en se réunissant formaient de larges surfaces ulcérées à contour policycliques. Ces ulcérations étaient réparties dans le dos sur une surface étendue comprise entre la nuque, le bord axillaire des omoplates et une ligne passant par les

angles inférieurs de ces os. Toute cette surface était littéralement criblée d'ulcérations. Tout autour existaient des vésico-pustules, analogues aux pustules acnéiformes des éruptions iodiques, ou bien encore aux pustules de la gale.

D'autres étaient de dimensions des plus minimes et rappelaient les éruptions vésico-pustuleuses du thapsia, ou plus considérables et donnaient l'aspect de folliculites furonculeuses ou de petits furoncles.

L'état général de l'enfant n'était pas mauvais, malgré la confluence de l'éruption. A son entrée, il n'avait pas de fièvre. Dès qu'on le touchait, il accusait par ses cris une souffrance assez vive. Son ventre était ballonné, tympanique, sa rate grosse et nettement palpable, son foie dépassait légèrement le rebord des fausses côtes. Dans la poitrine existaient de deux côtés des râles sibilants et ronflants. La langue était saburrale, il n'y avait pas de diarrhée. Pas d'albumine dans les urines.

On soumet le malade à une antisepsie intestinale rigoureuse; il prend d'abord 15 centigrammes de calomel à la vapeur, puis, les jours suivants, 1 gr. 50 de bétol dans les vingt-quatre heures. On lui fait des pulvérisations chaudes d'eau de guimauve boriquée à 2 p. 100 dans le dos. On lui applique sur les lèvres de l'iodoforme, sur le dos des compresses imbibées d'un mélange de deux cuillerées à soupe d'eau d'Halibourg pour 1 litre d'eau bouillie.

Sous l'influence de ce traitement, l'enfant va beaucoup mieux. En trois jours l'éruption se modifie totalement, la cicatrisation commence. Il persiste cependant non seulement autour des ulcérations primitives, mais encore disséminés sur la face et le corps, des éléments vésico-pustuleux de dimensions différentes. On se demande si ces éléments sont sous la dépendance de la maladie ou dus

simplement à une influence médicamenteuse. La stomatite est très améliorée, la rhinite et la conjonctivite persistent. L'enfant ne peut ouvrir les yeux et a de la photophobie.

M. le Docteur Sabouraud fait l'examen bactériologique et la culture du pus, des pustules et des ulcérations. Il trouve du staphylocoque pyogène blanc.

Le 21 mars, poussée de fièvre, la température monte à 39°,6 le soir. Le 22 mars, au matin, la température est à 38°,6 et l'on constate une nouvelle poussée éruptive ulcéreuse dans la région lombaire et à la face interne des cuisses. A côté des éléments nettement ulcérés, il en est d'autres qui constituent des saillies papuleuses plates, cratériformes, recouvertes d'une pseudo-membrane blanc jaunâtre, analogue à celle qui recouvrait les lèvres, et diphtéroïde d'aspect. Quelques éléments sont simplement pustuleux. Il n'y a pas dans l'évolution des ulcérations de production de croûtes, à la pustule fait suite la pseudo-membrane, puis vient l'ulcération profonde et destructive.

Pendant deux jours, la température est, le soir, à 39°,5; le matin à 37°,6. A partir du 24, la température tombe à 37°,4 et reste ainsi jusqu'au 26. Puis de nouveau, le 27 au soir, la température remonte au voisinage de 39° et l'on constate une nouvelle poussée pustulo-ulcéreuse sur la face et la partie interne des cuisses.

A partir de ce moment, les éléments éruptifs se modifient comme évolution et comme aspect, selon les différentes parties du tégument.

Au niveau de l'épaule droite existe un véritable soulèvement constitué par l'agglomération de pustules qui, du reste, n'ont pas abouti dans la suite à la gangrène.

Sur les cuisses, quelques éléments rappellent le prurigo; mais il en est d'autres, en particulier au pli de la fesse

droite et à la partie inférieure de la cuisse gauche, qui ont creusé profondément en cône et offrent l'*aspect de l'ecthyma térébrant.*

Ces deux éléments éruptifs sont les seuls qui aient eu cette évolution destructive profonde. Du 27 mars au 8 avril la température a continué à osciller entre 38°,5 et 37°. Il n'y a pas eu de nouvelles poussées.

Aujourd'hui (10 avril), l'éruption est tout à fait modifiée. Le corps est couvert de cicatrices brunâtres et rouges, il existe encore quelques pustules et les deux ulcérations térébrantes persistent ainsi que le coryza et la conjonctivite, mais l'état général est meilleur et l'enfant souffre moins.

L'affection semble être entrée dans la voie de la guérison.

XIV. — Observation de M. le Docteur Triboulet

Impétigo et ecthyma ulcéreux discrets chez un enfant de 10 mois. — Mort subite. — Présence du bac. pyocyanique au niveau des ulcérations. — Infection sanguine généralisée à bac. pyocyanique.

L'enfant S... B..., âgé de 10 mois, entre le 10 juillet 1897, à l'hôpital Trousseau, salle Lugol, dans le service de M. le Docteur Variot, que je remplaçai pendant les vacances.

Cet enfant entrait pour des accidents de diarrhée datant de 8 jours et accompagnée de ballonnement du ventre: la température est de 39°,2 à l'entrée, elle tombe le lendemain à 38°,5 puis à 38°,0 et trois jours après, la diarrhée cesse, mais l'enfant présente aussi à son entrée une

éruption d'impétigo disséminée à tout le corps et notamment confluente à la tête ; en même temps qu'il présentait en différents endroits, très espacées, les unes sur le thorax, d'autres sur le siège, quelques-unes sur les membres supérieurs et inférieurs, de petites ulcérations dont nous allons reprendre la description ; les parents, d'ailleurs, avaient attiré l'attention sur ce fait, que l'enfant était couvert de gourmes et d'ulcérations depuis la vaccination qui remontait à quatre semaines ; qu'il me suffise de dire qu'à l'entrée à l'hôpital, la cicatrisation du vaccin était parfaite.

Quant aux ulcérations dont j'ai parlé, peu nombreuses, ainsi que je l'ai dit, elles offraient l'aspect bien spécial : il ne s'agissait nullement de ces exulcérations plus ou moins superficielles, qui se rencontrent dans l'impétigo après la chute des croûtes ; ces lésions apparaissaient comme de petites pertes de substance produites à l'emporte-pièce, nettement arrondies et creusées en gradins, plus larges à la surface qu'en profondeur, et rappelant de toutes parts, car je le signalais aux assistants, l'aspect de l'ulcère simple typique de l'estomac. Cet enfant est d'une assez bonne constitution apparente ; il est né à terme, a été nourri au sein pendant 2 mois, puis au biberon avec du lait de vacherie non stérilisé.

Une lourde hérédité pèse sur lui : si sa mère est bien portante, le père est mort tuberculeux ; il y a six frères et sœurs bien portants, mais huit autres enfants sont morts en bas âge. Ce petit sujet, dont l'impétigo, traité par des applications locales de fuchsine, subissait une amélioration notable, dont les ulcérations étaient favorablement modifiées par un pansement humide de compresses imbibées d'eau bouillie, cet enfant, dis-je, présentait l'état général satisfaisant, dont la température oscillait autour

de 37°,4 du 22 juillet au 4 août. Le 4 août, la température prise le matin donnait 37°,2 ; à 4 heures elle donnait 37°,2, l'enfant avait bu sa ration habituelle de lait stérilisé et jouait sur son lit, quand à 4 h. 10 il meurt subitement.

L'autopsie ne put nous donner l'explication de la mort subite, mais elle nous fit découvrir chez ce petit malade bon nombre de désordres anatomiques, qu'aucun détail clinique ne faisait prévoir. En premier lieu, l'existence d'une tuberlose à lésions disséminées frappant notamment les deux poumons, dans lesquels on trouve des tubercules multiples à droite. En outre, il existe d'assez fortes adhérences pleurales déjà assez anciennes; les ganglions trachéo-bronchiques sont engorgés, et l'un d'eux très volumineux (en contact avec le pneumogastrique) est en pleine dégénération caséeuse. La rate est criblée de granulations typiques ; celles-ci par contre, sont très rares (2 ou 3) sur le foie, qui est éminemment friable, parsemé de larges placards de stéatose; les reins sont graisseux. Détails négatifs importants au point de vue de la mort subite; le cœur et le péricarde sont sains et les autres vaisseaux encéphaliques ne présentent rien d'anormal, en apparence.

Un seul élément mérite d'être plus spécialement signalé, c'est l'existence de ce gros ganglion caséeux, mais il y a aussitôt forte restriction, c'est que le pneumogastrique était intact, non englobé, ni moins comprimé et d'ailleurs aucun symptôme fonctionnel (tachycardie, toux coqueluchoïde, angoisse respiratoire) n'était venu au préalable attirer l'attention de ce côté, ce qui n'eut pas manqué d'exister au cas de compression.

Quoi qu'il en soit, là n'est pas l'intérêt de la question à l'heure actuelle, il réside de ce fait, que les cultures faites du vivant du sujet avec le liquide suintant des ulcérations

cutanées fournirent du bacille pyocyanique, microbe qu'on retrouva à l'autopsie dans le sang du cœur et dans les parenchymes, et que, en résumé, cet enfant représente un des faits assez rares encore d'infection pyocyanique généralisée chez l'homme.

XV. — Observation personnelle

Impétigo. — Ecthyma térébrant infantile

Le 7 mai 1898, un petit garçon, Marcel-René Léger, âgé de 14 mois, entre avec sa mère dans le service de M. le Professeur Fournier, hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, lit 32.

Parents bien portants. La mère, âgée de 20 ans, a eu 2 enfants, dont le 1er est mort à 3 mois et demi d'un érysipèle. Le 2me (Marcel), né à terme, nourri au sein pendant 6 mois, n'avait rien de suspect sur le corps jusqu'à ces temps-ci.

A 6 mois, sa nourriture était déjà mixte; toujours bien portant, il était constipé assez souvent. Le sevrage complet date d'un mois environ; il mange, comme sa mère: soupe, légumes, de la viande, du lait, du café, du cidre, mais surtout de la bière, dont on lui donnait 2 à 3 cuillerées à soupe et même plus à chaque repas. Avec ce régime, la constipation augmente, et l'enfant reçoit de petites purges. Un peu avant cette époque la mère a remarqué des croûtes sur le cuir chevelu et sur la figure. De l'oreille droite coulait un liquide d'une couleur jaune, les yeux deviennent rouges, le nez enchifrené. Enfin, il y a un peu moins qu'un mois,

et un peu plus; elles sont couvertes de croûtes jaunes, noirâtres; il y en a des avortées ou en voie de guérison, couvertes de squames. Les ulcérations, au nombre d'une douzaine à peu près, ont le volume variable; la plus grande, au pubis, est de grandeur d'une pièce de 50 centimes; sa forme est arrondie comme dans les autres, cratériforme, à base dure; le fond en est lisse, grisâtre, sec, (rouge ailleurs), le contenu sanieux; bords taillés à pic, entourés d'un liseré rouge, rappellent ceux d'un chancre simple. Certaines ulcérations vont à la profondeur jusqu'au tissu cellulaire sous-cutaneux, d'autres sont remplies de bourgeons charnus, en voie de réparation. Pas de ganglions.

L'enfant est très inquiet, se gratte souvent. Pas de toux; le foie un peu gros; l'estomac dilaté. Pas d'albumine dans les urines. La température 37°,8; respiration 40; pouls 118.

Traitement. Bain général. Purgatif. Régime lacté. Pommade à l'iodoforme (1 p. 10) sur les ulcérations; pulvérisations phéniquées sur le cuir chevelu (1 p. 1000).

9 mai. Matin. La température 38°,4. Grande agitation la nuit, insomnie. Beaucoup de petites pustules se dessèchent, n'ont pas de tendance à s'ulcérer. Soir, 39°,2.

11 mai. 38°,2. Transpiration la nuit. Éruption s'est augmentée sur les fesses et dans la région sous-ombilicale: à côté de toutes petites macules on voit des petites vésicopustulettes. La fièvre continue pendant les jours suivants. On donne peu de quinine (0,05 centigramme de chlorhydrate de quinine. 1 cachet par jour).

13 mai. Température 38°,8. La nuit était plus calme; de petits frissons de temps à autre, transpiration. La grande ulcération au pubis est moins profonde, remplie de bourgeons charnus; sur les bords on voit un liseré épidermique.

après un léger malaise général, la constipation durant plus de 2 jours, l'enfant, a eu de la fièvre, sa tête était brûlante. il criait tout le temps, ne mangeait pas et transpirait beaucoup la nuit. Le lendemain, la mère a remarqué sur le pubis *un bouton rouge*, ayant l'aspect d'un furoncle et très prurigineux. Il augmentait de volume et très rapidement (2-3 jours) s'est ulcéré. Les autres boutons semblables apparurent bientôt après sur le bas-ventre, autour du premier, sur la face externe des fesses, sur le milieu du dos, où ils se sont groupés en cercle.

Enfant a un bon état général, est assez gras, a 7 dents, mais ne marche pas.

Il crie, s'agite sans cesse, ne veut pas ouvrir les yeux, dont la conjonctive est inflammée; sur l'œil droit, au niveau du limbe scléro-cornéen il y a une série de petites phlyctènes. Le Docteur Sauvineau diagnostiqua une ophtalmie phlyctenulaire impétigineuse.

Sur le cuir chevelu se voient des croûtes épaisses jaunâtres, melliformes, avec un suintement purulent, formant plusieurs placards. Il y avait de l'eczéma impétigineux discret sur la figure et près de l'oreille droite, derrière laquelle se trouvait un ganglion tuméfié, de volume d'une petite noisette; la peau qui le couvre, est d'une couleur normale.

Quant à l'écoulement de l'oreille droite, après un examen attentif (ultérieur) on diagnostiqua une otite moyenne purulente.

Le corps est couvert, sur le pubis, le bas-ventre, les parties externes, postéro-supérieures des cuisses et sur le dos, d'une éruption de petites papules, de pustules et d'ulcérations, avec une base rénitente, entourées d'un cercle inflammatoire rosé ou plutôt rougeâtre. La grandeur des pustules est depuis un grain de millet jusqu'à un petit pois

Les autres petites ulcérations sont presque cicatrisées et d'une couleur violacée. Soir, 38°,2.

14 mai. 39°,2. Nouvelle éruption des petites taches miliaires, plutôt papuleuses aux flancs. Soir, 38°,6, mais elles s'affaissent bientôt sans laisser des traces, sans parvenir à l'état de pustulettes. Toujours de petits frissons; agitation nocturne.

17 mai. 37°,4, soir 37°. Pas de nouvelles poussées. La grande ulcération, plus petite, est en voie de réparation.

19 mai. 38°,2. Enfant souffre des yeux, qu'il ne veut pas ouvrir. Amélioration des lésions ecthymateuses; l'eczéma impétigineux, au contraire, a progressé sur la figure.

23 mai. 37°,5. De l'éruption du corps il ne reste que de petites cicatrices gauffrées violacées à la place des plus grandes ulcérations; ailleurs ce sont de petites taches plus ou moins pigmentées. On voit des plaques impétigineuses croûteuses saignantes autour des lèvres. Sur l'œil gauche on constate un chemosis. Blepharite ciliaire double. L'état du cuir chevelu reste le même. Le malade est parti pour l'hôpital Trousseau, où il reste pendant 10 jours, jusqu'à la complète guérison des lésions impétigineuses de la face et du cuir chevelu. Pendant ce temps il a eu une bronchite.

BIBLIOGRAPHIE

Quoique dans notre travail nous nous sommes occupée plus particulièrement de l'Ecthyma térébrant infantile, tout de même, nous croyons utile de réunir à la fin de ce travail la bibliographie complète de l'Ecthyma.

ALBOURNAC (J. F.) — *Thèse*. Paris 1887.

ALIBERT. — *Monographie des dermatoses*. Paris 1836.

— *Clinique de l'hôpital Saint-Louis* ou *Traité complet des maladies de la peau*. Paris 1833.

ANONYME. — *Observations sur la vertu malfaisante de la moisissure des roseaux*. In gaz. médicale, 1840.

ARBOVAL. — *Dict. de méd. chirurg. et hygiène vétérinaire*, 1875, p. 39.

ARNOULT. — *Remarque sur l'étiologie des furoncles et de l'ecthyma dans la cavalerie*, 1878.

ARNOZAN. — *Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux*, th. Ag. 1880.

ASSELIN (C. E.) — *Ecthyma*, Thèse. Paris. 1827.

AUDRY (C.) — *Sur une tuberculose cutanée à forme ecthymateuse*. *J. d. mal. cutan. et syph.* Paris, 1896.

AUSPITZ ET BACH. — *Arch. de Wirchow*, 1863.

AXENFELD. — *Traité des névroses*, 1863.

BACH ET AUSPITZ. — *Arch. de Wirchow*, 1882.

BALZER (F.) ET GRIFFON (V.) — *Le streptocoque agent pathogène constant de l'impétigo et de l'ecthyma. Compt. rend. Soc. de biologie*, Paris 1897.

BARTHELEMY. — Ecthyma. *Gaz. d. Hôp.* 1891, *Bulletin de la Soc. franc. de dermat. et de syph.*(*Séance du 9 juillet*, 1891,)

BATEMAN. — *A. practical synopsis of cutaneous Diseases according to the Arrangement of doctor Willan.* London 1813. *Trad. française* de Bertrand. Paris, 1820.

— *Delineation of the cutaneous Diseases, exhibiting the caracteristics Appareances of the general Principia and species.* *London*, 1817-1870, pl. color.

E. BAUDOUIN et LOUIS WICKHAM. — *Ecthyma térébrant de l'enfance. Recherches bactériologiques. Annales de Dermat. et de Syph.* Paris, 1888.

BAZIN. — *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau.* 1865, T. II.

— *Leçons sur les syphilides*, 1859.

— — *sur la scrofule, 1801.*

— — *sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, 1868.

— *Leçons sur les affections cutanées artificielles*, 1862.

— — *sur les affections parasitaires de la peau.*

BEAUGRAND. — *Rapport à la Commission d'hygiène et de salubrité*, 1859.

BEHIER. — *Cliniques inédites de l'Hôtel-Dieu et communications orales.*

— *Bulletins de l'Académie de Médec.*, 1871.

BERTIN. — *Maladie vénérienne chez les nouveau-nés, 1810.*

BESNIER (E). — *Annotations aux leçons sur les maladies de la peau de Kaposi.*

— *Ecthyma furonculeux secondaire. Ann. de Derm. et Syph.* Paris 1889.

— *Syphilis infantile. Bullet. méd.* 1887.

BIESADECKI. — *Sitzungsb. der Akad.* v. Wien, 1867.

BIETT. — *Art. Ecthyma*, Dict. en 30 volumes.

BILLARD. — *Maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, Paris 1828.

BLONDET. — *De l'empoisonnement externe produit par le vert de Schweinfurt.* etc.

BOINET (E) et DEPÉRET (C). — *Recherches expérimentales sur la nature et étiologie de l'ecthyma des cavaliers.* Arch. de méd. et pharm. milit. Paris, 1886.

Boussiron. — *Ecthyma, faire connaître la marche et les symptômes*, Paris, 1844.

Brisard — *Traité des maladies des enfants.*

Broca (B.-A.) — *Variqueux*: lésions cutanées: eczéma, syphilis, ecthyma, *Thèse*, Paris, 1886.

Brochin. — *Gaz. d. hôp.* Paris 1874.

Brocq. — *Traitement des maladies de la peau. Art. Ecthyma*, 2[me] édit. Paris, 1892.

Caillaud (Mederic). — *Des gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants, Thèse*, Paris 1896.

Caillault. — *Traité des maladies de la peau chez les enfants.* 1859.

Carmichael (D). — Canada M. et S. J. Montréal, 1873.

Castilhes. — *Rev. méd. franc. et étrang.* Paris, 1852.

Cazenave (A.) — *Traité des syphilides*, 1843.

— *Bullet. gén. de thérap.* etc., Paris, 1836.

— *Journal de méd. et chir. prat.* Paris, 1842.

Chambard. — Note sur un cas de syphilide tertiaire, etc. *In Annales de Dermat. et de Syph.*, 1885.

— Contribution à l'étude des altérations histologiques du foie consécutives à la ligature du canal cholédoque. Altérations des cellules hépatiques. *In Arch. de physiologie*, 1877.

— Art. Ecthyma. *Dict. encyclop. des sc. méd.* (Dechambre). Paris, 1883.

— *Ann. de Dermat.*, 1888.

Charcot. — *Arch. de physiologie*, 1868.

— *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1875, (A) *Thèse*. Paris, 1890.

Chausit. — *Ann. des mal. de la peau*, etc. Paris, 1852.

— *Ann. des mal. de la peau*, etc. Paris, 1851.

Chevallier. — Essai sur les maladies qui atteignent les ouvriers, qui préparent le vert arsenical, etc. *In Annales d'hygiène*, T. XXXVII, 1867

Cornil. — *Manuel d'histologie pathologique*, 1884, T. II.

Cornil et Babes. — *Les bactéries* 1885.

Colyba. — *Thèse* de Paris, 1871.

Crocker. (H. R). — *Dermatites gangraenosa infantum.* Brit. M. J. Lond. 1887.

Czernicki. — *Année médicale d'un régiment de cavalerie*, 1876.

Dagron. — *Thèse* de Paris, 1842.

Darier et Chaillou. — *Ecthyma térébr. de la verge.* Ann. de Dermat. et Syph. 1896.

Dauvé. — *Essai sur l'Ecthyma dans l'armée et spécialement dans la cavalerie.* 1861.

Deléage (F) et A. Morel Lavallée. — *Eruption impétigo-ecthymateuse généralisée, développée chez un enfant à la suite du percement de l'oreille par un bijoutier.* Ann. de Dermat. et Syph. 1894.

Demme. — Fortschrit. d. Medicin, 1888.

Devergie. — *Traité pratique des maladies de la peau.* 1863.

Diday. — *Histoire naturelle de la syphilis*, 1854.

Donnadieu (J). — *Albuminurie: rapports avec l'ecthyma et l'impétigo. Thèse* de Paris, 1887.

Doublet. — *Maladie vénérienne des enfants nouveau-nés*, 1781, Paris.

Dubreuilh (W.) — *Ann. de Dermat. et Syph.*, Paris, 1890.

Du Castel. — Une épidémie d'ecthyma dans le service des varioleux de l'hôp. Saint-Antoine. *In Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1881.

Duhring. — *Traité pratique des maladies de la peau.* Traduction par Barthelemy et Colson, 1883.

Ebstein. — Virchow's Arch., 1869.

Ehlers (E.) To Tilfoelde of Ecthyma gangrenosum. (Ecthyma térébrant des enfants : Lailler ag Fournier). Maladie piocyanique has Mennesxet. Hospitals Tidende. Copenhague, 1890.

Eichhoff. — *Deutsch. méd. Woch.*, 1880 et 1884.

Escherich. — Rôles des bactéries dans l'étiologie des affections gastro-intest. des nourrissons. *Congrès de Médecins et Naturalistes allemands à Dusseldorf*, 1898, (12-24 septembre.)

Ficher. — Cité par Lailler.

Follin. — *Archives générales de médecine*, 1883.

FORSTER (J.-C.). — *Syphilitic ecthyma (Guy's hospital reports, third. series,* vol. XVIII).

FOURNIER (A.). — *Leçons sur la Syphilis,* 1873.
— *Ecthyma infantile chancriforme. Soc. franç. de Dermat. et de Syph.,* 1890.
— *L'herpès vacciniforme* (éruption vaccino-syphiloïde des jeunes enfants). *Gaz. d. hôp.* 1891.

FOURNIER. — *Décrire le traitement de l'ecthyma.* Thèse. Paris. 1842.

FOX (F.-C.). — *Two cases of so called erythema gangraenosum. Lancet,* Lond. 1883.

GALLOIS. — *Des gangrènes disséminées de la peau chez les enfants. (Bulletin Médical).* 1889.

GASTOU. — *Ecthyma scrofuleux. Ann. de Dermat. et Syph.* Paris, 1896.

GASTOU et CANUET. — Staphylococcie cutanée gangréneuse à poussées successives. *Soc. franç. de Dermat. et Syph.* Paris, 1896.

GASTOU et EMERY. — *Ecthyma scrofuleux. Bullet. Soc. franç. de Dermat. et Syph.* Paris, 1896.

GASTOU et KEIM. — *Ecthyma des jambes. Ann. de Dermat. et Syph.* Paris, 1896.

GAUCHER (E). — *Leçons sur les maladies de la peau.* T. II. Paris, 1898.

GIBERT. — *Traité pratique des maladies de la peau.* Paris, 1860.

GUERARD. — *Notes sur les leçons de Bazin sur les affections génériques de la peau.*

GUÉRIN (A). — *Rapport à l'Acad. de Méd.,* 14 novembre 1876.

HALLOPEAU. — *Ecthyma térébrant de l'enfance. Musée de l'Hôp. Saint-Louis. Iconographie des maladies cutan. et syphilitiques.* Paris, 1896, 1 pl.

HANOT. — Cité par Boinet et Depéret.

HARDY. — *Leçons sur les maladies dartreuses.* Paris, 1868.
— *Art. Ecthyma. In Dict. de méd. et chir. prat.*

HEBRA. — *Traité des maladies de la peau.* Traduit et annoté par A. Doyon. 1872.

HEULZ. — *Observation d'ecthyma térébrant infantile. Journ. d. mal. cut. et Syph.* Paris, 1890.

HEWSON (T.-T.) — *Case of ecthyma cachecticum. N. Am. M. et S. J. Phila.*, 1826.

HUGOUNET. — *Thèse.* Paris, 1840.

HUNTLEY (W.). — *Chronic ecthyma. Indian M. Rec., Calcutta*, 1892.

HUTSCHMANN et KREIBICH. — *Riforma méd.*, Napoli, 1898.

HUTCHINSON (J.). — *Méd. Ch. Trans.* LXV.

IMBERT COURBEYRE. — *Moniteur des hôp.*, 1837.

JARRY (L.). — *Ecthyma ulcéreux du nouveau-né.* Thèse, Paris, 1880.

KAPOSI. — *Leçons sur les maladies de la peau.* Traduites et annotées par Besnier et Doyon, 1881.

KLOTZ (H.-G.). — *The infected scratch and its relation to impetigo and ecthyma. Y. cutan. et génito-urin.* Dis., N° J. 1896.

KREIBICH. — *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1897.

LAILLER. — Cité par Muzelier.

LELOIR (H.). — *Altération spéciale des cellules épidermiques. Arch. de Physiol.*, 1878.

— *Comptes rend. de la Soc. de Biol.*, 1878.

— *Compte rend. de l'Acad. des Sc.*, 24 novembre 1879.

— *Bullet. de la Soc. anat.*, 1879.

— *Contribution à l'étude de la formation des pustules et des vésicules sur la peau, dans les muqueuses. Arch. de Physiol.*, 1880.

— *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cut. d'origine nerveuse.* Thèse, Paris, 1881.

— *Mémoire de la Société de Biologie*, 1880.

— *Ann. de Dermat et Syph.*, Paris, 1884.

— *Cliniques de l'Hôp. Saint-Sauveur*, 1884 et 1885.

— *Bullet. méd.*, 20 novembre 1889.

— *Epidémie de vaccine chancriforme de la Motte-aux-Bois* (Nord). *J. d. mal. cut. et syph.* 1889-90.

— *Leçons sur la syphilis. (Progr. méd.* 1885 et 1886).

LELOIR (H.) et VIDAL (E.). — *Traité descriptif des maladies de la peau. Symptomatologie et Anat. pathologique. Achromie, Favus.* Texte.

— *Atlas des maladies de la peau.* Paris, 1898.

LEROUX (Ch.). — Ecthyma. In. *Traité de Grancher. Diabète sucré chez l'enfant.* Thèse, Paris, 1880.

LUNEL. — *Abeille méd.*, Paris, 1857.

MAHON. — *Recherches sur la maladie syphilit. chez les femmes enceintes et les enfants nouveau-nés*, Paris, 1804.

MARCHAL (de Calvi). — *Recherches sur les gangrènes et sur les accidents diabétiques.*

MARTIN DE GIMARD. — *Thèse*, Paris, 1888.

MATHIEU. — *Microbes dans le liquide des pustules ecthymateuses chez un typhique. Bull, de la Soc. anatomique*, 1882.

MAUBLANC. — Ecthyma, faire connaître la marche et les symptômes. *Thèse*, Paris, 1844.

MAURIAC. — Dermatoses des vanniers. *Rev.thérap.du Midi*,1860.

— *Leçons sur les maladies vénériennes*, 1882.

MC CORMIC (J.-H.).—*Inoculability of ecthyma. Med. News.*, Phila., 1894.

MIQUEL. — *Bulletin général de thérapeut.*, 1845.

MUZELIER. — *Etude sur la valeur séméiologique de l'ecthyma.* Th. de Paris, 1876.

NETTER. — *Bullet. de la Soc. anatom.*, octobre 1882.

NEUMANN. — *Lehrbuch der Hautkrankheiten. Wien. Handb. der Hautkrankheiten*, 1876.

ORY. — *Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces.* Th. Paris, 1875.

PALLE. — *Ecthyma chez les chevaux. In Nouv. Dict. prat. d. méd. chir. et hyg. vétérin.* par Bouley et Raynal, 1858.

PARROT. — *Progr. méd.*, 1880.

PIALLA. — *Décrire le traitement de l'ecthyma.* Th. Paris, 1840.

DE PIETRA SANTA. — Cité par Bazin.

PINEAU. — *Ecthyma infantile gangréneux. Un. méd.*, 14 juin 1885.

PLUMBE. — Cité par Mazelier.

POTTON. — *Recherches sur le mal de vers ou mal de bassine*, etc *In Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XVII.

PURDON (H.-S.). — *A new view of impetigo and ecthyma arising*

from researches of cohnheim on suppuration. Y. Cutan. M. Lond., 1870.

RANKING (G.-S.). — *Contagious ecthyma. Practitioner*, Lond. 1882.

RAYER. — *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 3 vol. et atlas. Paris, 1835.

RENAULT (A.). — *Th. de Paris*, 1874.

RENAUT. — *Art. Peau. In Manuel d'histologie pathologique*, de Cornil et Ranvier, 1re édition.

— *Art. Dermatoses. In Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

RIECKE. — *Zur Kermtniss der gangraena cutis.* — *Wien Klin. Wochenschs.*, 1898.

RILLIET ET BARTHEZ. — *Traité des maladies des enfants*, etc., 2me édition.

RINDFLEICH. — *Traité d'histologie pathologique*. Trad. Gross. 1873,

— *Lehrbuch der Pathologischen Gewebelehre*, 1875.

ROLLET. — *Art. syphilis. Dict. encyclop. des sciences méd*

— *Traité des malaides vénériennes*, 1806.

ROLLET et CHAMBARD. — *Art. Syphilides. Diction. encyclop. des sc. méd.*

ROSENBAUM. — *Histoire et critique des maladies de la peau*. Trad. Ch. Daremberg. Hallé, 1844.

SCHIRLIN (J.-B.). *Sur l'ecthyma*. Strasbourg, 1836.

SIMON (Jules). — *Leçons de thérapeutique infantile*. Paris, 1878.

STURGIS (T.-R.). Phila. M. Times, 1875.

SYLVESTRE. — *Etude sur la valeur seméiologique de l'ecthyma chron.*, *Abeille médic.*, Montréal, 1879.

TANTURRI (V.) — In Il Morgagni 1867.

TESTUT. — De la symétrie dans les affections cutanées. Paris, 1877.

THIBIERGE. — *De l'ecthyma. Ann. de méd.*, 2 mars 1892. *Union méd.*, 1894.

THIBIERGE et BESANÇON. — *Rôle du streptocoque dans la pathogénie de l'ecthyma.* Compt. rend. Soc. de Biol., Paris, 1896.

TOMPSON (A.-P.). — *Clinical lecture on cases of ecthyma.* Lond. M. S. J. 1836.

TIRARD. — *Quelques réflexions sur les maladies de la peau en général et sur l'ecthyma en particulier.* Thèse. Paris, 1853.

TRIBOULET (H.). — *Impétigo* et ecthyma ulcéreux discrets chez un enfant de 10 mois : mort subite ; présence du bacille pyocyanique au niveau des ulcérations ; infection sanguine généralisée à bacille pyocyanique. *Compt. rend. Soc. de Biolog.*, Paris, 1897.

— *Gaz hebdomad.*, 1897.

TRIBOULET (H.). et TOLLEMER. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1897.

TODD — Ecthyma. *Cycl. Pract. M.* (Twedie), Phila., 1845.

VALLÉIX. — *Traité des maladies des nouveau-nés.* Paris, 1838.

VARIOT et DANSEUX. — *Jour. de clin. méd.*, 1893.

VERGER. — *Ecthyma, marche et symptômes.* Th. Paris, 1839

VERNOIS. — *Annales d'hygiène*, 1859.

VIDAL (E.). — *Congrès de Genève*, 1876.

— *Discussion sur la communication de M. du Castel. In. Soc. méd. des hôp.* 1881, *Union méd.*, 1881, n° 171

— *Inoculabilité des pustules d'ecthyma. Ann. de Derm. et Syph.*, Paris 1872-73.

— *De l'ecthyma. Tribune méd.*, Paris, 1880.

— *Ecthyma contagieux. Gaz. des hôp.*, Paris, 1881.

— Folliculites ombiliquées et ulcéreuses, discrètes et généralisées. Ecthyma des mains et des pieds. *Ann. de Dermat. et Syph.*, Paris, 1889.

— De la syphilis congénitale. *Thèse* d'agrég. Paris, 1880.

VIDAL (de Cassis). — *Ann. de mal. de la peau*, etc. Paris, 1851.

— *Bullet. Soc. de Chir. de Paris*, 1851.

— *Abeille médicale*, Paris, 1851.

VULPIAN. — *Leçons sur les maladies de la moelle*, 1875.

WEIGERT. — *Anatomische Beitrage zur Lehre von den Pocken*, 1874.

WIGGLESVORTH. — *Taulty Innervation as a Factor in Skin Diseases. In New-York hosp. Gazette*, 1878.

WILLAN. — *Description and Treatement of cutaneous Diseases*, London, 1798.

TABLE DES MATIÈRES

OBSERVATIONS